

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,
Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Studiengang Pflegewissenschaft
Schwerpunkt Management

Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades
„Bachelor of Science“

Die Akademisierung der Pflege. Quo vadis...hin zu neuem Rollenverständnis oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Motyka, Grazyna
Matrikelnummer: 513364
Seehofstr. 98, 53721 Siegburg

Erstprüfer: Dr. Guido Grasekamp

Zweitprüfer: Prof. Dr. Guido Heuel

Abgabetermin: 01.06.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Methodisches Vorgehen und Literaturrecherche.....	3
3.	Rolle der Pflege.....	4
3.1	Definition des Begriffs „soziale Rolle“	4
3.2	Die Rolle der Pflege in der Selbstbetrachtung	6
3.3	Die Rolle der Pflege aus gesellschaftlicher Sicht.....	11
3.4	Die Rolle der Pflege aus rechtlicher Sicht.....	18
4.	Rolle der Pflege im Krankenhaus.....	24
5.	Akademisierung der Pflege	31
6.	Entwicklungstrends in der Pflege	36
7.	Diskussion und Schlussfolgerung	42
8.	Fazit	45
	Literaturverzeichnis.....	48
	Eigenständigkeitserklärung.....	55

Abkürzungsverzeichnis

„Wenn wir die Pflege nicht benennen können, können wir sie auch nicht praktizieren, kontrollieren, finanzieren, lehren und beforschen oder in (berufs)politische Forderungen und Richtlinien umsetzen.“

Norma Lang, June Clark (1992).¹

¹ Ecker, Christine (2006): Geleitwort Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. S. 15

1. Einleitung

Die Akademisierung in der Pflege ist ein wichtiger Baustein für die Professionalisierung dieses Berufes. Im internationalen Vergleich hat die Akademisierung in Deutschland relativ spät begonnen. Während es in der ehemaligen DDR bereits ab 1963 einen universitären Diplom-Studiengang zur Medizinpädagogik gab, etablierten sich erste Studiengänge mit den Fachrichtungen Pflegepädagogik und Pflegemanagement in den westdeutschen Bundesländern erst in den 1990er Jahren an Fachhochschulen.² Seit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 2004 gibt es ausschließlich im Rahmen von Modellprojekten die Möglichkeit, in dualen Studiengängen den Abschluss als Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin zu erwerben.³ Insofern unterscheidet sich die Pflegeausbildung in Deutschland „bis heute von der Ausbildung in den meisten Ländern der EU.“⁴ Mit Etablierung der Pflegewissenschaft in den 1990er Jahren hat die berufspolitische Debatte an Dynamik und Selbstbewusstsein gewonnen. Dahingegen hatte es bis Ende der 1980er Jahre weder eine pflegewissenschaftliche Infrastruktur noch ausreichend akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger gegeben.⁵ Laut Bartholomeyczik ist die Pflegewissenschaft die Basis für pflegerisches Handeln.“⁶

Ich habe meine Ausbildung zur Krankenschwester in Polen absolviert und danach in diesem Beruf auch bis heute gearbeitet. Mitte der 1990er Jahre kam ich als ausgebildete Pflegende⁷ nach Deutschland. Dort fand ich ein anderes Rollenverständnis in Bezug auf den Beruf der Krankenschwester vor. Deutsche Krankenschwestern erschienen mir in ihrer Arbeit

² Vgl. Fleischmann, Nina (2009): Betrachtungen zum derzeitigen Stand der Professionalisierung der beruflichen Pflege. Pflege als Profession? S. 173

³ Vgl. Andree, Josef (2013): Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren? S. 6

⁴ Hofmann, Irmgard (2013): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. S. 100

⁵ Vgl. Moses, Simone (2015): Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. S. 64

⁶ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (1999): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 58

⁷ Mit Pflegenden sind hier ausschließlich Pflegekräfte mit mindestens drei jähriger Ausbildung gemeint und beide Geschlechter eingeschlossen.

fremdbestimmt. Es schien keinen arztunabhängigen Handlungs- und Entscheidungsraum zu geben.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, die Rolle der Pflege⁸ in Deutschland und den Einfluss der Akademisierung auf diese Rolle aus unterschiedlichen Perspektiven im Rahmen einer Literaturlarbeit zu analysieren. Wegen der Komplexität des Themas habe ich mich auf die Rolle der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern beschränkt. Zeitlich konzentriert sich die Arbeit auf den Schub der Akademisierung seit den 1990er Jahren bis heute.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

- Wie hat sich die Akademisierung der Pflege in Deutschland bisher entwickelt? Welche Entwicklungstrends sind auszumachen?
- Welchen Einfluss hat die Akademisierung auf die Rolle und das Rollenverständnis der Pflege? Oder ist das alter Wein in neuen Schläuchen?
- Wie begrenzen die rechtlichen Vorgaben die Rolle der Pflegenden?
- „Quo vadis“ Pflege: wie kann die Pflege aufgewertet werden?

In der Gesellschaft, in der Politik, der Nachbarschaft, im Freundeskreis sprechen wir von Pflege, aber kaum jemand kann genau sagen, was Pflege eigentlich bedeutet; oft selbst die Angehörigen der Berufsgruppe nicht. Professionelle Pflegenden kämpfen schon seit längerem um ihre Identität in Gesellschaft und Politik.⁹ Bestimmte Begriffe wie: Rolle, Beruf, professionales Handeln, Akademisierung, Advance Nursing Practice (ANP) werden an anderen Stelle ausformuliert, um besseres Verständnis zum Thema dieser Bachelorarbeit zu gewinnen.

Wenn aber noch immer nicht klar definiert werden kann was Inhalt, Ziel und Leistung des Pflegeberufes eigentlich sei, wird dieser so wie im oben geschriebenen Zitat von der Gesellschaft weiterhin als Hilfsberuf der Medizin wahrgenommen werden.

⁸ Unter dem Begriff Pflege wird in der Arbeit die professionelle Pflege verstanden.

⁹ Vgl. Hiemetzberger, Martina et al.: (2010): Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. S. 143

2. Methodisches Vorgehen und Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der verstehende Ansatz ausgewählt. Die gefundenen Texte wurden im ersten Durchgang gelesen, um einen Überblick über den Inhalt zu gewinnen. In zweiter Runde wurde ein tieferes Verständnis gewonnen und daraus resultierende Erkenntnisse einander gegenübergestellt, was zu einer neuen Sichtweise und Meinung der Autorin geführt hat.

Diese Übersichtsarbeit beruht auf der systematischen Sammlung, Ordnung und Bewertung relevanter Literatur. Die Dynamik im Gesundheitswesen ist hoch, weswegen ältere Literatur überwiegend geringe Aussagekraft für das Thema hat.

Der Prozess der Literaturrecherche erstreckte sich über den Zeitraum von Ende Januar bis Ende April. Die Einstiegssuche erfolgte zuerst als orientierende Suche über die Suchmaschine Google im Internet, um Suchbegriffe zu finden. Mit den Begriffen „Akademisierung“, „Hochschulausbildung“, „Rolle“, „Beruf“, „Rollenverständnis“ und „Tätigkeitsspektrum“, über den Boole'schen Operator „AND“ verbunden mit dem Begriff „Pflege“, wurde anschließend die Suche im OPAC-Katalog der Katholischen Hochschule NRW und im LIVIVO-Katalog der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in Köln durchgeführt. Dies ermöglichte schließlich einen Überblick über die für das Thema wichtige Literatur in Fachbüchern und Fachzeitschriften. Die Ergebnisse in der Materialsichtung haben zu neuen Impulsen für die Recherche geführt. Ebenso lieferten die Fachpublikationen Hinweise auf weitere Literatur, die im Sinne des Schneeballsystems genutzt wurde.

Weiterhin wurde Literatur benutzt, die aus den Vorlesungen an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln, bekannt war. Zusätzlich habe ich von zwei Pflegewissenschaftlern des Uniklinikums Bonn Literatur zum Advanced Nursing Practice (ANP) erhalten.

Ich habe mich bewusst für die deutsche Literatur entschieden, weil ich die aktuelle Situation und Rolle der Pflege in Deutschland analysiere.

3. Rolle der Pflege

Im folgenden Kapitel wird die Rolle der Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und verstanden. Zu Anfang wird der Begriff „soziale Rolle“ aus soziologischer Sicht definiert. Auf gesellschaftlicher Ebene hängen die Erwartungen, die an die Pflege gestellt werden, sehr stark von dem Standpunkt und Hintergrund des jeweiligen Betrachters ab. Pflegebedürftige stellen meist die fachlichen und sozialen Kompetenzen des Pflegepersonals in den Vordergrund, wohingegen Politiker häufig die ökonomische Bedeutung und die Zukunft der Pflegeberufe für den Arbeitsmarkt ins Auge fassen. Auch innerhalb des klinischen Alltages gibt es Differenzen in der Betrachtung der Rolle der Pflege. Pflegekräfte selbst sehen ihre Aufgabe im Allgemeinen in der professionellen Versorgung Pflegebedürftiger, welche aus ganzheitlicher Perspektive betrachtet werden. Ein Teil der Ärzte hingegen sieht die Aufgabe der Pflege darin, die eigenen Aufgaben effizienter zu gestalten und ihnen somit Arbeit abzunehmen. Fachfremde Personen verbinden mit der Pflege meist Körperpflege.¹⁰

3.1 Definition des Begriffs „soziale Rolle“

Der Begriff der „sozialen Rolle“ ist in vielen wissenschaftlichen Disziplinen von Bedeutung, so in der Anthropologie, der Psychologie, der Religion und der Kultur.¹¹ Der Soziologe Schäfers definiert die soziale Rolle wie folgt:

„Die soziale Rolle ist ein strukturiertes Bündel von Normen und Verhaltenserwartungen in zumeist institutionell vorgegebenen Handlungszusammenhängen, z.B. Familie, Schule, Arbeitsplatz. Das Rollenhandeln umfasst bestimmte Symbole und Gesten, die –

¹⁰ Vgl. Hofmann, Irmgard (2013), S. 100

¹¹ Vgl. Schäfers, Bernhard (2016), S. 77

wie das Sprechen – dem „gemeinten Sinn“ Ausdruck geben. Soziale Rollen werden zwar von einzelnen Individuen „gespielt“, sind aber durch die jeweils relevanten Normen über-individuell in sozialen Positionen festgelegt.“¹²

Dieser zentrale soziologische Begriff beschreibt die Erwartungen und Ansprüche der Gesellschaft oder einer Gruppe an das Verhalten und die Körperhaftigkeit eines Individuums in einer sozialen Position. Auf Grund dieser Ansprüche bestimmen die gebildeten Normen die Rechte und Pflichten des Inhabers der sozialen Rolle.¹³ „Die Inhaber der sozialen Rolle (die Person) sind jederzeit austauschbar, die Rolle selbst bleibt bestehen.“¹⁴

Der deutsche Soziologe und Systemtheoretiker Niklas Luhmann betrachtet den Begriff der sozialen Rolle aus systemtheoretischer Sicht. Für ihn ist es jetzt an der Zeit, mit der Orientierung an der Natur aufzuhören oder diese abzuschwächen, um eine stärkere individuelle Vorstellung vom Menschen zu entwickeln. So würde das Individuum automatisch einen neuen Sinn bekommen. Im 18. Jahrhundert wurde das Wort Individuum auf den Menschen beschränkt. Erst im 19. Jahrhundert wurde das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum wahrgenommen. Alle Begrifflichkeiten, die im Kontext einer Verknüpfung von Gesellschaft und Individuum auftreten, sind auf den Handlungsbegriff zurückzuführen. Besonders betrifft dies den Rollenbegriff, der als ein Verbindungsbegriff zwischen Individuum und Gesellschaft angesehen werden kann. Die Rolle lässt sich individuell an den Menschen anpassen, hat aber gleichzeitig ein abstraktes Format, das heißt, dass unterschiedliche Menschen ähnliche, Orientierung ermöglichende Formen ausfüllen können, unabhängig davon, wer diese Rolle ausübt. Der Begriff Rolle wird definiert durch die Erwartungen von Haltungen oder die Erwartungen von Handlungen.¹⁵ Diese Erklärung weist darauf hin, dass die Rolle eine doppelte Dimension hat, erwartete Wertvorstellungen einerseits und auf der anderen Seite die Handlung. Luhmann behauptet, dass Handlung eine Art Verleimungsfunktion zwischen Individuum und

¹² Schäfers, Bernhard (2016): Einführung in die Soziologie. S. 78

¹³ Vgl. Schäfer, Wolfgang et al.: (2009): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für stationäre und ambulante Pflege. S. 55

¹⁴ Schäfer, Wolfgang et al.: (2009), S. 56

¹⁵ Vgl. Luhmann, Niklas et al.: (2002): Einführung in die Systemtheorie. S. 247-255

Gesellschaft hat.¹⁶ Die soziale Rolle ist über Kommunikation mit Handlung verknüpft.

Schon in der Antike wurde festgestellt, dass der Mensch seine Persönlichkeit nur mit Hilfe einer Gesellschaft, entwickeln kann.¹⁷

3.2 Die Rolle der Pflege in der Selbstbetrachtung

Im historischen Kontext ist das Rollenverständnis der Pflegenden von traditionellen christlichen Werten geprägt. „So legen die Schwesternschaften größten Wert auf die berufsethischen Wertvorstellungen und Normen, während die Arbeitnehmerorganisationen hauptsächlich arbeitsrechtliche Forderungen stellen.“¹⁸

Nach Panke-Kochinke war es zuerst die Ärzteschaft, die Erwartungshaltungen und damit ein Anforderungsprofil an die Pflegenden formulierte. Jedoch entwickelten die Pflegenden dann eigene Normen und eine eigene Berufsidentität. So wurde im Jahr 1953 vom International Council of Nurses einen Ethikkodex für Pflegende verabschiedet, der noch heute Gültigkeit besitzt.¹⁹ „Sein Ziel ist es, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen.“²⁰ In der Präambel sind die vier grundlegende Verantwortungsbereiche definiert:

„Pflegende haben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der

¹⁶ Vgl. Luhmann, Niklas et al.: (2002); S. 247-255

¹⁷ Vgl. Schäfers, Bernhard (2016), S. 77

¹⁸ Moses, Simone (2015); S. 10

¹⁹ Vgl. Panke-Kochinke, Birgit (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000), S. 23f

²⁰ ICN-Ethikkodex für Pflegende (2010) S. 9

Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.“²¹

Dieser Kodex wurde mehrmals überprüft und vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) im Jahr 2012 zum letzten Mal bestätigt. Die ICN-Präambel beruht auf der Achtung der Menschenrechte wie sie auch im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) Art.1 verankert sind und für alle Bürger Gültigkeit besitzen. Die Standards ethischer Verhaltensweisen umfassen vier Grundelemente: Pflegende und ihre Mitmenschen, Pflegende und die Berufsausübung, Pflegende und die Profession, Pflegende und ihre Kolleginnen. Der ICN-Kodex ist ein Papier, das die Normen und deren Begründungen; die zur Ethik führen, beschreibt. In dieser Definition wird kontrovers betrachtet, dass Pflegende für Alle und Alles zuständig sind, jederzeit und immer.²² In der Praxis findet der ICN-Kodex keine Anerkennung im Sinne einer Verpflichtung zur Einhaltung und hat in Deutschland keine große Bedeutung.²³ So hat die Studie von Eilts-Köchling et al. (2000) gezeigt, dass nur 25% der untersuchten Pflegenden den ICN-Kodex kennen.²⁴

Das Berufsverständnis und die Rolle der Pflegenden haben sich in den letzten Jahrzehnten geändert. Seit längerer Zeit ist Pflege keine Berufung mehr, sondern ein emanzipierter Beruf geworden. Die Berufsangehörigen gehorchen nicht mehr stumm den ärztlichen Anweisungen, sie bewegen sich in eigenen professionellen Handlungsfeldern mit einem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich.²⁵ Dementsprechend haben die Berufsverbände, die unter dem Dachverband des Deutschen Pflögerates (DPR) fungieren, trotz unterschiedlicher Meinungen und Interessen durch

²¹ ICN-Ethikkodex für Pflegende (2010) S. 1

²² Vgl. Heffels, Wolfgang (2016/17): Ethik, Vorlesung im Bachelor-Studiengang „Pflegerwissenschaft“ an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln

²³ Vgl. Fleischmann, Nina (2009); S. 171

²⁴ Vgl. Hiemetzberger, Martina (2010); S. 59

²⁵ Vgl. Hiemetzberger, Martina et al. (2010): Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. S. 51

die Formulierung von Grundsätzen und Standesrichtlinien im Jahr 2004 ein Papier zur beruflichen Selbstdarstellung erarbeitet und verabschiedet.²⁶ In dieser Rahmenberufsordnung werden Berufspflichten und besondere Pflichten bei freiberuflicher Tätigkeit aufgestellt. Die Berufsordnung ist für alle Mitgliedsverbände verbindlich. Die Berufsordnung definiert Pflege folgendermaßen:

„Pflege heißt den Menschen in seiner aktuellen Situation und Befindlichkeit wahrnehmen, vorhandene Ressourcen fördern und unterstützen, die Familie und das soziale, kulturelle und traditionelle Umfeld des Menschen berücksichtigen und in die Pflege einbeziehen sowie gegebenenfalls den Menschen auf seinem Weg zum Tod begleiten.“²⁷

Im Jahr 2013 haben der DBfK und die Berufsverbände Österreichs und der Schweiz in einem Positionspapier von 2013 die Definition der professionellen Pflege im deutschsprachigen Raum erweitert:

„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgabe der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und Bildung.“²⁸

In dieser Definition bezieht sich die Pflege nicht nur auf einen einzelnen Menschen mit seinen Bezugspersonen, sondern auch auf Familien, Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und soziale Gemeinschaften.

²⁶ Vgl. Fleischmann, Nina (2009); S. 171

²⁷ Deutscher Pflegerat e.V. (2004): Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende. S. 3 Online

²⁸ Positionspapier DBfK (2013): Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. S. 1

Pflege hat auf dem Weg zur Profession ein gutes Stück Weg zurückgelegt. Das neue Tätigkeitsprofil beleuchtet das Spannungsverhältnis zwischen professionellem Anspruch und gesellschaftlicher Realität, in dem die Pflege sich heute befindet.²⁹ Die Etablierung der Pflegewissenschaft ermöglicht einen großen Gewinn an Kenntnissen, Argumenten und Einsichten, die Pflegenden Möglichkeiten und Chancen bieten, Berufsangehörige in der Pflege so auszubilden, dass sie zu professioneller Handlung befähigt sind.³⁰ Die Berufsethik in der Pflege gibt Orientierung für moralisches Handeln. Die Etablierung einer Pflegeethik wird als Professionalisierungsmerkmal für mehr berufliche Autonomie und moralisches Handeln verstanden.³¹

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege wird das Bestreben nach der Etablierung einer Pflegekammer und einer Pflegeberufsordnung immer spürbarer. Bartholomeyczik hält die Einrichtung von Pflegekammern für sinnvoll, auch wenn sie nicht überzeugt ist, dass die aktiven Interessen der Pflegenden durch Pflegekammern geändert werden können. So hat sie in einem Interview 2013 für das Gesundheitswirtschaftsmagazin (kma) bemängelt, dass die Pflege bei der Aufstellung des GBA nicht mitbedacht wurde, so dass die Pflege von extern definiert wird. Jedoch sollten Pflegeberufe selbstverantwortlich handeln und auch zur Verantwortung gezogen werden können. Zurzeit sind nur 10% der Pflegenden in unterschiedlichen Berufsverbänden organisiert. Sie betont, dass es sehr wichtig ist, die berufliche Primärsozialisation schon während der Ausbildung zu beginnen. Diejenigen, die im Beruf vorankommen möchten, sollten sich in Berufsverbänden engagieren.“³²

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, hat sich im November 2015 im **Pflegeunternehmer, der**

²⁹ Vgl. Cassier-Woidaky. A., (2013); S. 177

³⁰ Vgl. Bögemann-Großheim, Ellen (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. S. 100

³¹ Deutscher Ethikrat (2016); S. 77f

³² Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013): GBA und IQWiG definieren alles rein ärztlich. In: KMA. Das Gesundheitswirtschaftsmagazin 18.Jg, Mai 2013 S. 25f

Zeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), für die Notwendigkeit der Pflegekammern ausgesprochen. Den Pflegeunternehmerinnen und Pflegeunternehmern ist der Mangel an pflegerischen Fachpersonal durchaus bewusst. Sie sind davon überzeugt, dass die Pflege eine Selbstverwaltung auf Augenhöhe braucht.³³

Die Selbstverwaltung der Pflege in Form einer Pflegekammer wird in der Literatur skeptisch bewertet. In der Berufsgruppe der Pflegenden gibt es dazu keine homogene Meinung. Diejenigen Pflegenden die schon in Berufsverbänden organisiert sind, sehen den Trend zur Pflegekammer positiv.³⁴ Der DPR fordert die Einrichtungen von Pflegekammern in allen Bundesländern und auf Bundesebene.³⁵

In der Definition der sozialen Rolle nach Schäfers umfasst das Rollenhandeln auch bestimmte Symbole und Gesten, die dem „gemeinten Sinn“ Ausdruck geben. So weisen auch Buresh und Gordon in der deutschsprachigen Ausgabe „Der Pflege eine Stimme geben“ darauf hin, wie einflussreich auf den Status und die Rolle von Pflegenden in der Öffentlichkeit nicht nur gesprochene Sprache, sondern auch Gesten, Verhaltensweisen, Körperhaltung und die Platzierung im Raum sein können.³⁶ Ein Beispiel dafür stellt die spezifische Anredeform „Schwester“ dar, die mit dem Pflegeberuf verbunden ist. Heinrich hat sich in der Zeitschrift für Heilberufe mit diesem Thema auseinandergesetzt. Er weist darauf hin, dass die Anrede mit dem Lebensstil und dem Berufsbild der Ordensfrauen und deren Selbst- und Berufsverständnis verbunden ist. Diese Anrede schafft nonverbal eine Wertasymmetrie, die sich auf das Rollenverständnis auswirken muss. Dies wiederum bewirkt in der Kommunikation zwischen Pflege und Patient oder Arzt in den beruflichen Beziehungen einen ungünstigen Einfluss. Bei Vorstellung mit dem Nachnamen entsteht eine symmetrische Kommunikationssituation auf

³³ Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2015)

³⁴ Vgl. Mauritz, Marita (2015). In: Zukunft der Pflege. S. 138f

³⁵ Deutscher Pflegerat e.V. (ohne Jahr): Im Fokus. Pflegekammern in Deutschland. Online <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/Pflegekammern.pdf>. Abgerufen am 21.05.2017

³⁶ Vgl. Buresh, Bernice et al.: (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. S. 79f

Augenhöhe im beruflichen Kontext. Die gleichwertige Ebene ermöglicht, persönliche Qualitäten und Kompetenzen geltend zu machen und damit eine vertrauensvolle, professionelle Beziehung aufzubauen, die von gegenseitigem Respekt geprägt ist. Es gibt noch heute Pflegende, die in der Anrede „Schwester“ einen Ehrentitel sehen. Die veraltete und nicht zeitgemäße Formulierung ist Zeichen einer sich unterordnenden Berufseinstellung und könnte einer weiteren Professionalisierung der Pflege entgegenwirken.³⁷

3.3 Die Rolle der Pflege aus gesellschaftlicher Sicht

Zur Darstellung der gesellschaftlichen Rolle der Pflege wird zuerst auf deren historische Entwicklung eingegangen. Die Geschichte und Entwicklung der Pflege sind sehr uneben verlaufen und von der Auseinandersetzung mit historisch gewachsenen Strukturen gekennzeichnet. Klischees prägen bis heute das Bild der Pflege. Schon im frühen Christentum wurden christliche Gemeinden gebildet, wie zum Beispiel Caritas, Diakonie, die helfende Liebesdienste gewährten.³⁸ „Die Fürsorge für andere beruhte auf dem Gedanken der brüderlichen Nächstenliebe und Barmherzigkeit, eine Einstellung, die die Krankenpflege bis heute entscheidend geprägt hat.“³⁹

Nach Panke-Kochinke kam es im 17. Jahrhundert zu wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen, die bis heute Einfluss auf die Rolle der Pflegenden haben. Die Mediziner benötigten Hilfskräfte, die im Stande waren, ihre Anordnungen auszuführen. Sie bestimmten, wer unter welchen Rahmenbedingungen welche Tätigkeiten bei der Krankenversorgung ausüben durfte. So legten sie das Anforderungsprofil des Krankenschwäters und der Krankenschwägerinnen fest und festigten damit den eigenen Status.⁴⁰

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts begann eine Differenzierung der Tätigkeiten bei der Krankenversorgung in Tätigkeiten der Wartung und der

³⁷ Vgl. Heinrich, Peter (2000): Schluss mit „Schwesterchen“? Anrede und Rollenverständnis in der Pflege. In: Heilberufe 2000, Band 52, Heft 7. S. 12ff

³⁸ Vgl. Hiemetzberger, Martina et al.: (2010): Berufsethik und Berufskunde. S. 81f

³⁹ Hiemetzberger, Martina (2010); S. 82

⁴⁰ Vgl. Panke-Kochinke (2001); S. 23f

Pflege. Zunehmend wurden die Tugenden, die den bürgerlichen Frauen zugeschrieben wurden, als wichtig für die Pflege erachtet. Dementsprechend wurde Pflege als Frauenberuf angesehen.⁴¹ Damit spiegelte sich in der Pflege ein gesellschaftlicher Wandel, der mit der Industrialisierung einsetzte. „Im patriarchalischen System des Bürgertums entstand als Pendant zur männlichen Berufsarbeit die unbezahlte weibliche Hausarbeit.“⁴² Im 19. Jahrhundert stieg die Zahl der Frauen aus der Mittelschicht in der Pflege.⁴³ Von diesen Frauen wurde erwartet, dass sie Ordnung, Sauberkeit, Geduld, und Ausdauer im Krankenhaus durchsetzten, wie auch die Beaufsichtigung der Wärterinnen und Wärter übernahmen.⁴⁴ Die Mediziner widmeten sich stark der Naturwissenschaft. Die Klinikärzte konnten eine wissenschaftliche und praktische Ausbildung vorweisen. Um geltenden Ansprüchen gerecht zu werden, benötigten sie die Hilfe der Krankenpflege als „Ergänzung zur Medizin“, aber auch um die menschliche Versorgung der Kranken zu gewährleisten.⁴⁵ Jedoch konnte das Pflegepersonal dieser Entwicklung nicht folgen, da eine geregelte Ausbildung fehlte.⁴⁶

Diese Verbindung zwischen dem gesellschaftlichen Bild der Pflege und der Weiblichkeitsideologie sowie dem Rollenbild der bürgerlichen Frauen hat Auswirkungen bis heute. Frauen mit höheren Qualifikationen wurden bis Mitte des 20. Jahrhunderts als Provokation wahrgenommen; eigenständiges Denken und Planen waren als vermeintliche Männerdomäne nicht erwünscht. Dies führte zu sichtbarer sozialer und kultureller Geschlechtsungleichheit.⁴⁷

Auch die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 auf die Initiative Otto von Bismarcks (1815-1898) wirkte sich auf die Entwicklung der Krankenpflege und deren Rolle in der Gesellschaft aus.

⁴¹ Vgl. Panke-Kochinke (2001); S. 24

⁴² Hiemetzberger, Martina (2010); S. 109

⁴³ Vgl. Hiemetzberger, Martina (2010); S. 109

⁴⁴ Vgl. Müller, Elke (2013): „Eigentlich haben wir fast immer Pflegenotstand“ – zur Geschichte der Arbeitsbedingungen in der Pflege. In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 83

⁴⁵ Vgl. Hiemetzberger, Martina (2010); S. 109

⁴⁶ Vgl. Panke-Kochinke (2001); S. 27f

⁴⁷ Vgl. Geissler, Birgit (2013): Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft. S. 24

Bismarck erkannte, dass er die Arbeiter in der Politik für sich gewinnen könnte, indem er der Unzufriedenheit in der Arbeiterschaft durch den wichtigen Schritt einer Sozialreform begegnete. Er gewährleistete mit dieser Reform das Recht auf einen Anspruch auf qualifizierte medizinische Leistungen für die Arbeiter und deren Familienangehörige und damit eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der gesamten Bevölkerung.⁴⁸ Mit dieser Versicherung wurde die Pflege zwangsläufig in die sozialen Einrichtungen einbezogen und weiterhin als pflegerisch-technische Assistenz dem Krankenhausarzt unterstellt.⁴⁹ „Pflegen“ wurde als Dienst am Patienten und Gott verstanden, entwickelte sich zunehmend inhaltlich aber auch an den Ansprüchen der Ärzte und der Institution Krankenhaus.⁵⁰ Die kontinuierliche Fremdbestimmung der Berufsgruppe der Pflegenden durch unterschiedliche Interessen von Politik und anderen Berufsgruppen und der mangelnde Organisationsgrad der Pflege selbst verhinderten politisches Durchsetzungsvermögen.⁵¹

Einer Gruppe bürgerlicher Frauen um Agnes Karll (1868-1927) ist es zu Beginn des Jahrhunderts gelungen, eine Organisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D) zu gründen. Die Mitglieder dieser Organisation entstammten zumeist proletarischen Bevölkerungsschichten und hatten niedrige soziale Positionen inne, weswegen die berufspolitische Arbeit weitgehend erfolglos blieb.⁵² „Die B.O.K.D vertrat das Berufsbild der Krankenpflege als bürgerlichen Frauenberuf unter Verzicht auf die ethische Fundierung als christlicher Liebesdienst.“⁵³

Durch die Jahrzehnte wurde der Beruf der Pflegenden mit Bescheidenheit assoziiert, was die Fremdbestimmung durch die ärztlichen Berufe begünstigt hat. In den 1980er-Jahren wurde das Bild von Ärzten als

⁴⁸ Vgl. Wolff, Horst-Peter et al.: (2008): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichten. S. 121

⁴⁹ Vgl. Wolff, Horst-Peter (2008); S. 121

⁵⁰ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (1999). In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S.61

⁵¹ Vgl. Hofmann, Irmgard (2013); S. 102

⁵² Vgl. Wolff, Horst-Peter (2008); S. 181f

⁵³ Wolff, Horst-Peter (2008); S. 181f

„Halbgötter-in-Weiß“ in der Öffentlichkeit kritisiert.⁵⁴ Aus heutiger Sicht sind Pflege und Medizin als normale Berufe weitgehend anerkannt, von pathetisch überhöhten Karikaturen hin zu konventionellen modernen Berufsbildern.⁵⁵ Berufe sind Zuschnitte und Bündelungen von Fähigkeiten, die für jeden Beruf ein spezifisches Arbeitsmuster ergeben.⁵⁶

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, ist es zum Verständnis der gesellschaftlichen Rolle wichtig, sich mit der Historie der Pflege kritisch auseinander zu setzen und sich durch bewusste Reflexionsprozesse zu distanzieren, um die Schwierigkeiten der Vergangenheit analytisch nutzen zu können.⁵⁷

In der heutigen Zeit werden ausgelöst durch den demografischen Wandel neue Anforderungen an das Aufgabenspektrum der Pflege gestellt. So hat der demografische Wandel und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft mit vermehrter chronischer Multimorbidität (gleichzeitiges Auftreten mehrerer Erkrankungen) und Komorbidität (zusätzlich zu einer Grunderkrankung auftretende Erkrankungen) Auswirkungen auf das Sozialsystem und auf die zukünftige Umverteilung vorhandener Mittel im Gesundheitswesen. Diese Situation hat Einfluss auf die Rolle der Pflege in Deutschland und stellt die Gesellschaft vor die große Herausforderung, die Versorgung der Bevölkerung in Zukunft sicher zu stellen. Gleichzeitig bietet sich aber eine Chance, das Berufsbild „Pflege“ zu stärken, zu fördern und zu entwickeln. Denn die Pflege in Deutschland stellt die größte Berufsgruppe des Gesundheitssystems dar.⁵⁸

Seit den 1980er Jahren wird auf gesellschaftlicher Ebene darüber diskutiert, inwieweit Pflege eine eigene Profession ist.⁵⁹ Ein zentrales Merkmal von Professionen ist die Ausbildung auf Hochschulebene.⁶⁰ Professionen sind

⁵⁴ Vgl. Bollinger, Heinrich (2005): Profession-Dienst-Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. S. 28

⁵⁵ Vgl. Bollinger, Heinrich (2005); S. 27

⁵⁶ Vgl. Bollinger, Heinrich (2005); S. 17

⁵⁷ Vgl. Tewes, Renate (2011): Führungskompetenz ist lernbar. S. 8

⁵⁸ Vgl. Schulte-Sasse, Hermann (2015): Im Gespräch mit der Politik. In: Zukunft der Pflege. S. 33

⁵⁹ Vgl. Panke-Kochinke, Birgit (2001); S. 34

⁶⁰ Vgl. Isfort, Michael: Wissen&Tun (2003): In: Pflege Aktuell, Mai 2003. Online <https://www.katho>

wandelbare Phänomene, die durch Prozesse des sozialen Wandels beeinflusst sind, somit sich verändern und damit auf gesellschaftliche Probleme einwirken können.⁶¹ Der Begriff Profession wird im letzten Jahrhundert im deutschsprachigen Raum ursprünglich aus der französischen Sprache übernommen, im Duden wird er als veraltete Form für Beruf und Gewerbe bezeichnet.⁶² Ob es sich bei bestimmten Berufen um eine Profession handelt, entscheiden diverse Merkmale: unter anderem sind hier strukturierte theoretische Ausbildung auf akademischem Niveau, wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen und bestehende Fachterminologie, berufliche Autonomie, exklusive Berechtigung der Berufsausübung, eine eigene Berufsethik, organisierte Berufsverbände und ein eigenes berufliches Identitätsbild ausschlaggebend. Eine Profession kann sich nicht selbst benennen, sie muss die Anerkennung durch die Gesellschaft erhalten.⁶³

Zu den Professionen gehören die Fachbereiche der Medizin, die Rechtskunde und die Theologie.⁶⁴ Pflegende, auch hoch spezialisierte, sind jedoch nur teilweise akademisiert. Die klassischen Kriterien der wissenschaftlich fundierten Ausbildung, der Gemeinwohlorientierung und Autonomie haben die Pflegenden aus professionstheoretischer Sicht nicht erreicht. Die Akademisierung ist kein Garant für die automatische Professionalisierung der Pflege. Statt einer Statusaufwertung wird die Pflege den „Semi-Professionen“ zugeordnet.⁶⁵ „[...] Semi-Professionen gleichen das fehlende Studium mit technischen Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten aus.“⁶⁶

nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Lehrende/Koeln/Isfort/doc/Isort_Wissen_und_Tun_Profession
nalitaet_1_DBfK.pdf (Abgerufen am 13.04.2017)
S. 274f

⁶¹ Vgl. Kälble, Karl (2005): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: Gesundheitsberufe im Wandel. S. 34f

⁶² Wermke, Mattias et al.: Duden. Die deutsche Rechtschreibung. (2000). S. 771

⁶³ Vgl. Fleischmann, Nina (2009) S. 169

⁶⁴ Vgl. Geissler, Birgit (2013); S. 20

⁶⁵ Vgl. Cassier-Woidaky, A. (2013): Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. S. 164

⁶⁶ Fleischmann, Nina (2009); S. 170

Isfort wies im Jahr 2003 auf die Diskrepanz zwischen der Bedeutung professionellen pflegerischen Handelns und der Beschäftigung der Pflegeberufe mit dem Begriff der Professionalisierung hin. Professionalität in der Pflege bedeutet, die Theorie und Konzepte in schwierigen Situationen zu nutzen und bei Abweichungen von Standards Handlungen und Entscheidungen begründen zu können. Das wahre Gesicht einer Profession wird erst im Handeln deutlich.⁶⁷ „Professionalisierung wird demzufolge als Erwerb der Professionsmerkmale verstanden.“⁶⁸ „Professionelle Identität erklärt die Haltung und das Handeln der Pflegekraft.“⁶⁹ Weidner erklärt, dass grundsätzlich die Professionalisierung „einen Aushandlungsprozess zwischen der Gesellschaft und Teilen der Gesellschaft, wie Berufe“⁷⁰ darstellen könnte. Er ist überzeugt, dass die Professionalisierung einer Berufsgruppe gelingt, wenn sich die Professionalität in den Berufsangehörigen widerspiegelt.⁷¹ Heutige „Professionelle Pflege verfügt über eigenes Wissen, eigene Methoden und eigene Konzepte.“⁷² Isfort hat 2003 in der Zeitschrift Pflege Aktuell auf die Überflutung der Pflegepraxis mit nicht ausreichend qualifiziertem Personal hingewiesen. Er beschreibt, dass Professionalisierung eine bildungspolitische Dimension haben muss.

Die gesellschaftliche Rolle der Pflege spiegelt sich auch in den Möglichkeiten der Selbstverwaltung, die ihr zugestanden werden. Der Begriff Selbstverwaltung erscheint im Kontext von professioneller Pflege in unterschiedlichen inhaltlichen Ausprägungen. Das Organ der Selbstverwaltung im Krankenversicherungsrecht ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Ihm gehören die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der gesetzlichen

⁶⁷ Vgl. Isfort, Michael (2003): Wissen&Tun. S. 277

⁶⁸ Kälble, Karl (2005). In: Gesundheitsberufe im Wandel. S. 35

⁶⁹ Cassier-Woidaky, A. (2013); S. 176

⁷⁰ Weidner, Frank (1999): Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe- Annäherung an einen strapazierten Begriff. S. 21

⁷¹ Vgl. Weidner, Frank (1999); S. 21

⁷² Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2013). Online http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2013-10-DBR_1993-2013_Position_final.pdf. Abgerufen am 04.04.2017

Krankenversicherungen an. Der GBA regelt die Leistungsansprüche der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerungsmglieder.⁷³ „Durch die Pflegeversicherung von 1995 haben die Pflegeberufe eine eigenständige wirtschaftliche und finanzielle Grundlage bekommen.“⁷⁴ Die Leistungen der Pflegeversicherung werden verwaltet durch die Verbände der Einrichtungsträger, die Kassenverbände und seit neuestem Vertretern der Verbraucherverbände. Die Aufgabe auf Bundesebene besteht darin, Qualitätsmaßstäbe und Prüfverfahren zu vereinbaren. Bei genauer Analyse fällt auf, dass die Angehörigen der Pflegeberufe in diesen Organen nicht vertreten sind.⁷⁵ Bartholomeyczik weist in ihren Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften darauf hin, wie wichtig gut durchdachte und fundierte pflegewissenschaftliche Konzepte wären, die in die Leistungskataloge der Pflegeversicherung aber leider keinen Eingang gefunden haben.⁷⁶

Auf einer ganz konkreten Ebene hat Höppner im Jahr 2008 in einer empirischen Studie 1.497 Personen nach ihrer Einstellung zur Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und der daraus resultierenden Akzeptanz in der Bevölkerung befragt. Die Befragungsergebnisse beziehen sich nur auf die Arztpraxis, geben uns aber dennoch einen kleinen Überblick über Meinungen und Haltungen der Bevölkerung zu diesem Thema. Zwei Drittel der Probanden haben in einer hypothetischen Befragung die Übertragung ärztlicher Aufgaben an weiterqualifizierte Pflegekräfte grundsätzlich abgelehnt. Die Personen, die eine ablehnende Haltung zu einer neuen Aufgabenverteilung hatten, gehören eher älteren Bevölkerungsschichten an. Die Befürchtung lautet, dass spezialisiertes Personal Symptome oder Krankheiten übersehen könnte. Die zentrale Rolle der Ärzte in der deutschen Gesundheitsversorgung und die Dominanz der ärztlichen Rolle nach Ansicht der Bevölkerung ist in diese Studie deutlich zu erkennen. Die Mehrzahl der Befragten konnte sich gleichwohl eine Substitution ärztlicher

⁷³ Vgl. Mauritz, Marita et al.: (2015): Selbstverwaltung der Pflege. Emanzipation einer Berufsgruppe. In: Zukunft der Pflege. S. 131

⁷⁴ Mauritz, Marita et al.: (2015); S. 132

⁷⁵ Vgl. Mauritz, Marita (2015); S. 131

⁷⁶ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (1999): In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 63

Leistungen durch entsprechend geschultes Pflegepersonal vorstellen.⁷⁷ Weiterhin hat Höppner das Aufgabenspektrum deutscher Pflegekräfte in der Primärversorgung internationalen Vergleichsdaten gegenübergestellt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass es der Pflege in Deutschland bis heute nicht gelingt, sich an den internationalen Standard anzupassen. Zu vergleichbar Ergebnissen gelangen Hämel und Schaeffer im Jahr 2017.⁷⁸

Das Kapitel der Rolle der Pflege aus gesellschaftlicher Sicht soll mit einem Zitat von Dr. Hermann Schulte-Sasse, Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen beendet werden, welches die gesellschaftliche Rolle der Pflege anerkennt:

„Pflege [...] erbringt einen wesentlichen und auch besonderen Beitrag zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Ihr Auftrag ist, Menschen aller Altersgruppen in Gesundheit und Krankheit in ihren Alltagskompetenzen zu unterstützen.“⁷⁹

3.4 Die Rolle der Pflege aus rechtlicher Sicht

Aussagen zur Rolle der Pflege aus rechtlicher Sicht finden sich in den Regelungen zur Ausbildung in den Pflegeberufen und im Sozialgesetzbuch (SGB).

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts forderte Agnes Karll eine dreijährige Pflegeausbildung, diese wurde erst 1957 eingeführt.⁸⁰ Seitdem hat sich die Ausbildung und die Organisation der Pflegenden stetig weiterentwickelt. Die Krankenpflegeausbildung wurde bis 1957 durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 1938 geregelt, das auf einem Gesetz von 1907 beruht.⁸¹ Das Krankenpflegegesetz regelt die Ausbildung der Pflegenden und deren Ausbildungsinhalte sowie den Schutz der Berufsbezeichnung, nicht aber

⁷⁷ Vgl. Höppner, Karin (2008): Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. S. 251-269

⁷⁸ Vgl. Hämel, Kerstin, et al.: (2017): Schwerpunkt: Rolle der Pflege in der Primärversorgung- internationale Erfahrungen. S. 3

⁷⁹ Schulte-Sasse, Hermann (2015). In: Zukunft der Pflege. S. 33

⁸⁰ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine, et al.: (1999). In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 159

⁸¹ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 14

Tätigkeitsvorbehalte.⁸² Bis heute ist die Berufsausübung gesetzlich nicht geschützt, das bedeutet, dass jeder ungestraft die beruflichen Aufgaben der Pflegenden übernehmen darf.⁸³ Das KrPflG wird durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ergänzt. Der Bund hat hier übergeordnete Gesetzgebungskompetenz und die Länder eine Aufsichtsfunktion. Sie können zum Beispiel Einfluss auf die Curricula nehmen.⁸⁴

In den 1950er-Jahren gab es massive Personalengpässe im Pflegebereich, damals wurde das Pflegepersonal von berufsfremden Tätigkeiten entlastet. Als es in den 1960er-Jahren zu einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung kam, wurden die Zulassungsniveaus in Frage gestellt.⁸⁵ Die Zugangsvoraussetzung wurde auf den Realschulabschluss angehoben und die Dauer der Ausbildung auf drei Jahre festgelegt.⁸⁶

„Das europäische Übereinkommen zur theoretischen und praktischen Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern verpflichtete die Bundesregierung 1967, das bundesdeutsche Krankenpflegegesetz an dieses Übereinkommen anzupassen.“⁸⁷ Die Debatte hat bis 1985 gedauert. Während der Diskussionen konnten zwischen 1970 und 1979 erste Modellstudiengänge und neue Weiterbildungseinrichtungen eingerichtet werden. Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1985 hat die theoretischen Stunden während der Ausbildung erhöht und die Unterschiede zwischen Kranken-, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe definiert. Der Fachkräftemangel am Ende der 1980er-Jahre führte zur Einrichtung weiterer Pflegestudiengänge an Fachhochschulen.⁸⁸

1990, während der Wiedervereinigung Deutschlands, wurde das Krankenpflegegesetz an die Ausbildungsbedingungen in der DDR angepasst und damit die Akademisierung in Deutschland beschleunigt. Die seit 1982 bestehenden universitären Studiengänge für die Pflegepädagogik

⁸² Vgl. Fleischmann, Nina (2009); S. 169

⁸³ Vgl. Mamerow, Ruth (2013): Praxisanleitung in der Pflege. S. 33

⁸⁴ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 9

⁸⁵ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 157

⁸⁶ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 18

⁸⁷ Moses, Simone (2015); S. 157

⁸⁸ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 158

an der Humboldt-Universität Berlin wurden anerkannt und weiterhin fortgeführt.⁸⁹ Die Robert Bosch Stiftung sprach sich 1995 für eine verbesserte Ausbildung in den unterschiedlichen Fachrichtungen der Pflege aus. Im Frühjahr 1996 hat das Kuratorium Mittel zur Förderung der Zukunftswerkstatt bewilligt. Mit Hilfe von 15 Fachleuten sollten in den nächsten zwei Jahren die Defizite in der Pflege analysiert und beschrieben werden. Ziel der Gruppe war es, einen Entwurf für die Neugestaltung der Ausbildung vorzulegen.⁹⁰ Ende Januar 2000 wurde das Buch „Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung“ zu Ende gebracht. Zehn Experten aus Praxis, Ausbildung und Wissenschaft haben sich klar zum generalistischen Ausbildungsabschluss mit der Möglichkeit zur Schwerpunktsetzung und Spezialisierung ausgesprochen.⁹¹ Die Veröffentlichung des Buches hat zu großen kontroversen Diskussionen geführt. Frau Christa Nickels, ehemalige parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit, hat den Ansatz der Zukunftswerkstatt gelobt. Dabei hat sie auch auf die gesetzlichen Neuregelungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Sozialgesetzbuch V aus dem Jahr 2000 hingewiesen.⁹²

„Die Erweiterung des Krankenpflegegesetzes um die sogenannte „Modellklausel“ im November 2000 ermöglichte es, generalistische und integrative Ausbildungsmodelle im Pflegebereich zu erproben.“⁹³

Das neue Krankenpflegegesetz von 2004 sieht vor, dass die zwei Berufsbilder: Kranken- und Kinderkrankenpflege eine integrierte gemeinsame zweijährige Ausbildung absolvieren, der sich eine einjährige Differenzierungsphase anschließt. Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes hat die Bestimmung eigenverantwortlicher Aufgaben, die Zuständigkeit für den Pflegeprozess und die Bedeutung der Pflegenden in den präventiven, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen

⁸⁹ Vgl. Mamerow, Ruth (2013); S. 32

⁹⁰ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 117

⁹¹ Vgl. Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. S. 4

⁹² Vgl. Moses, Simone (2015); S. 122ff

⁹³ Moses, Simone (2015); S. 160

im pflegerischen Aufgabenkatalog geklärt.⁹⁴ Fast gleichzeitig mit dem neuen Krankenpflegegesetz wurde die Ausbildung in der Altenpflege zum ersten Mal gesetzlich auf Bundesebene geregelt. Vorher existierten nur Regelungen auf Landesebene, zum ersten Mal im Jahr 1969.⁹⁵ Erst im Jahr 2003 wurde ein einheitliches Altenpflegegesetz auf Bundesebene verabschiedet. **Altenpflege**

2011 wurde von der zuständigen EU Kommission unter anderem verkündet, dass das Abitur Voraussetzung für die Ausbildung in der Krankenpflege und der Geburtshilfe sein sollte. Diese Voraussetzung ist in vielen europäischen Ländern als Standard definiert. Deutschland hat sich nicht an diese EU Richtlinien gehalten. Im Januar 2013 hat das zuständige EU Parlament beschlossen, dass eine zehnjährige Schulbildung ausreichend sei, um Krankenschwester oder Krankenpfleger zu werden.⁹⁶ Hier wird die abwertende Haltung der Politik in Bezug auf den Beruf Pflege deutlich.

Anfang April 2017 hat die große Koalition im Deutschen Bundestag einen Kompromiss zwischen Union und SPD zu einer großen Reform der Pflegeausbildung gefunden. Das ist ein erster Schritt auf dem Weg zu einer generalistischen Pflegeausbildung, auch wenn nach wie vor die drei Fachabschlüsse erhalten bleiben. Nach einer zweijährigen generalistischen Ausbildung können sich die Schüler entscheiden, ob sie sich im dritten Jahr auf einen generalistischen Abschluss oder auf einen Abschluss in der Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege vorbereiten wollen. Die Neuregelungen sollen erst ab 2019 umgesetzt werden. Für den Präsidenten des DPR, Andreas Westerfellhaus bedeutet diese Regelung das Scheitern der Reform der Pflegeausbildung.⁹⁷ Er fordert ein Mitspracherecht für die Ausgestaltung der Curricula und Lerninhalte der künftigen reformierten Ausbildung in der Pflege. Westerfellhaus äußert sich sehr kritisch zu der

⁹⁴ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 146f

⁹⁵ **Andrea schlägt nach!!!!**

⁹⁶ Vgl. Mamerow, Ruth (2013); S. 50

⁹⁷ Vgl. Bibliomed Pflege: Die Reform der Pflegeausbildung im Überblick. Online <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31918-die-reform-der-pflegeausbildung-im-ueberblick/> **Abgerufen am 21.05.2017**

Assistenzausbildung.⁹⁸ Weidner, Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP), beurteilt „das Beibehalten von Altenpflege und Kinderkrankenpflege als eigenständige Berufsabschlüsse und das Offenhalten einer endgültigen Entscheidung [...] als unsinnige und zukunftsgefährdende Entscheidungen“. Damit wird es in Deutschland kein einheitliches und stabiles Berufsbild für alle Pflegenden geben, hat der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS) kritisiert.⁹⁹ Der Deutsche Berufsverband für Altenpflege (DBVA) betrachtet die Umsetzung der neuen Reformvorhaben skeptisch und fordert, den noch nicht vorliegenden neuen Gesetzentwurf und dazugehörige Verordnungen zu überprüfen. Die Verordnung zum Gesetz sei der wichtige Schlüssel zur Zukunft und zur Rolle der Pflegenden in Deutschland.¹⁰⁰ Eine generalistische Ausbildung sollte in der Zukunft allen Pflegenden die horizontale und vertikale berufliche Bewegung ermöglichen.

Im Sozialgesetzbuch sind die Pflegenden nach SGB V und SGB XI als Pflegefachkräfte anerkannt. SGB XI 1995 eröffnete den Pflegenden ein autonomes Tätigkeitsfeld. Der Begriff „Pflegekraft“ und dessen Definition nach SGB XI verhinderte eine Hochschulausbildung für den Kernbereich der Pflege in Deutschland.¹⁰¹ Das deutsche Gesundheitssystem ist durch Veränderungen des Morbiditätsspektrums und die fortschreitende Spezialisierung in Krankenhäusern sehr komplex geworden. Die medizinisch-technische Entwicklung prägt die tägliche Arbeit im Gesundheitswesen, dies führt zu veränderten Rahmenbedingungen und erfordert damit, das Aufgabenspektrum der Gesundheitsprofessionen anzupassen.¹⁰² Die Pflege verbessert kontinuierlich die Versorgungsqualität und übernimmt heilkundliche Aufgaben. Dieser

⁹⁸ Vgl. Bibliomed Pflege: Westerfellhaus: „Entscheidend sind die Curricula.“ Online <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31902-westerfellhaus-entscheidend-sind-die-curricula/> Abgerufen am 21.05.2017

⁹⁹ Vgl. Bibliomed Pflege: Gemischte Reaktionen auf Reformkompromiss. Online <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31850-gemischte-reaktionen-auf-reformkompromiss/> Abgerufen am 21.05.2017

¹⁰⁰ Vgl. Bibliomed Pflege: Pflegeausbildung: Jetzt kommt es auf die Details an. Online (Abgerufen am 13.04.2017)

¹⁰¹ Vgl. Grewe Anette et al.: (2005): Zukunft aus der Geschichte? S. 59

¹⁰² Vgl. Szepan, Nadine-Michele et al.: (2012): Schlusslicht Deutschland? Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland. In: Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. S. 26

komplizierte Prozess versinkt in den gesetzlich definierten Richtlinien.¹⁰³ Die neue Aufgabenverteilung nach Maßgabe eines abschließenden Kataloges von ärztlichen Tätigkeiten sind im Rahmen des Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 und 3c SGB V auf die Pflegenden übertragen worden.¹⁰⁴ Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) hat sieben Monate später, nach Eintritt der Richtlinien am 22. März 2012, dazu Stellung genommen. In der Vorgeschichte sollte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsprozess von 2008 zugleich die Weiterentwicklung der Patientenversorgung angestrebt werden. Die erweiterten Tätigkeiten sollten auf die Pflegenden zur Erprobung in Modellversuche aufgenommen werden. Gemäß § 63 (3b) sollte die Pflege die Verordnung der Verbandsmittel und Pflegemittel vornehmen können, die bis hier noch unter Qualifikationsvorbehalt steht. In der Regelung nach § 63 Abs. 1 und 3c SGB V sind 2008 weitergehende Qualifikationen durch eine Ergänzung der Berufsgesetze der Alten- und Krankenpflege geschaffen worden. Die DGP hat diese neuen Richtlinien sehr kritisch bewertet. „Die Richtlinie differenziert zwischen übertragbaren diagnosebezogenen heilkundlichen Tätigkeiten und prozedurenbezogenen heilkundlichen Tätigkeiten.“¹⁰⁵ Die Übertragung des Aufgabenspektrums im Bereich des Assessments, der Planung einzuleitender Interventionen, der Umsetzung des Therapieplanes sind erste Schritte in die fachgerechte Zuordnung von Zuständigkeiten. Das heißt, dass die Diagnose und die Therapieentscheidung in ärztlicher Verantwortung bleiben und dass Pflegenden die ärztliche Therapiebetreuung übernehmen.¹⁰⁶ Die vielen Aufgaben, die bisher selbstverständlicher Anteil pflegerischer Leistungen waren, wurden unter ärztlichen Vorbehalt gestellt und im Rahmen dieser Richtlinien auf qualifiziertes Pflegefachpersonal delegiert. Die Tätigkeiten sind seit Jahrzehnten Teil der Pflegeerausbildung. Hier erweist sich, dass über die einzelnen Prozeduren pflegerischen Handelns und dessen unmittelbarer

¹⁰³ Vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2013): Positionspapier Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 1993-2013. Abgerufen am 4.04.2017.

¹⁰⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) Abgerufen am 10.04.2017.

¹⁰⁵ Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011); Abgerufen am 10.04.2017.

¹⁰⁶ Vgl. Szepan, Nadine-Michele (2012); S. 28

Zusammenhang mit Diagnose und Therapie letztlich der Arzt entscheidet und bestimmt. Auf diese Weise wurde die Arbeit der Pflegenden als medizinische Assistenz perfektioniert.¹⁰⁷ Je besser ärztliche Aufgaben standardisiert sind, wie zum Beispiel bei chronisch kranken Patienten, desto besser kann man diese Aufgaben an andere qualifizierte, nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen.¹⁰⁸ „Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erhofft sich einen rechtlichen Rahmen der bisher schon schrittweise realisierten Arbeitsteilung und Kooperation.“¹⁰⁹

In der Praxis erleben die Pflegenden weiterhin eine untergeordnete Rolle, die sich an der letzten Stelle in der Verbindung mit anderen Gesundheitsberufen befindet und kein offizielles politisches Mitspracherecht hat.¹¹⁰

Theodor Windhorst, der westfälische Ärztekammerpräsident, hat auf einer Podiumsdiskussion 2009 geäußert, dass, solange die Pflege das Proletariat ist, sie von der Ärzteschaft nicht auf gleicher Augenhöhe akzeptiert werden und die neue Rollenverteilung umso schwerer umzusetzen sein wird. So könnte Deutschland das Schlusslicht bleiben.¹¹¹ Das deutsche Gesundheitssystem ist im Aufbau der Strukturen sehr kompliziert und schwer durchschaubar. Die Pflegekräfte in den Nachbarländern haben deutlich mehr Kompetenzen als in Deutschland. Sie übernehmen Aufgaben, die in Deutschland ausschließlich Ärzten vorbehalten sind.¹¹²

4. Rolle der Pflege im Krankenhaus

Die Rolle der Pflege im Krankenhaus wird charakterisiert durch die Leistungen, die von Pflegenden erwartet werden und die abgerechnet werden können. Jedoch werden nicht alle pflegerischen Leistungen, die

¹⁰⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011); S. 2

¹⁰⁸ Vgl. Szepan, Nadine-Michele (2012). In: Pflege im Wandel gestalten- Eine Führungsaufgabe. S. 29

¹⁰⁹ Szepan, Nadine-Michele, et al.: (2012); S. 33

¹¹⁰ Vgl. Hofmann, Irmgard (2013); S. 100

¹¹¹ Vgl. Szepan, Nadine-Michele (2012); S. 35

¹¹² Vgl. Szepan, Nadine-Michele (2012); S. 26

zum Verständnis einer professionellen Pflege gehören, im Abrechnungssystem abgebildet. Dies soll im Weiteren belegt werden.

Das Krankenhaus bildet ein soziales System. Im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nach § 107 Abs.1 ist die Rolle der Krankenhäuser und deren Akteure inklusive der integrierten Pflege geregelt:

„Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“¹¹³

Die Rahmenbedingungen für Pflegende im Krankenhaus verändern sich. Die Zahl der Krankenhausbehandlungen steigt. Wesentliche Aspekte sind hier nicht nur die demografische Entwicklung, sondern auch die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung.¹¹⁴ Diese Entwicklung ist zurück zu führen auf den medizinischen, hygienischen und ernährungsbezogenen Fortschritt der letzten 100 Jahre. Gleichzeitig verringert sich die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus auf 6,2 Tage im Jahr 2015 und nimmt im Vergleich zum Vorjahr um 0,1 Tage ab.¹¹⁵ Auch der Wandel und die Veränderungen in der Pflegebedürftigkeit, ausgelöst durch Patienten mit vermehrter chronischer Multimorbidität und Komorbidität, haben große Auswirkung auf die Anforderungen im Tätigkeitsbereich der Pflege herbeigeführt.¹¹⁶ Insgesamt führen Personalabbau im Pflegebereich,

¹¹³ Sozialgesetzbuch (2010): Bücher I-XII. S. 541

¹¹⁴ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016); S. 12

¹¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015); S. 9

¹¹⁶ Vgl. Becker, Stefanie et al.: (2012): Demografische Herausforderungen. S. 18

sinkende Verweildauer und steigende Fallzahlen in der Pflege zu erheblicher Arbeitsverdichtung.¹¹⁷

Die Krankenhausversorgung ist der teuerste Sektor im Gesundheitswesen, nach den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes sind die Kosten im Jahr 2015 auf 84,2 Milliarden Euro gestiegen. Deshalb gibt es immer wieder gesetzliche Bestrebungen, die Kosten gering zu halten. (Beleg???) Statistisches Bundesamt???

Am 1. Januar 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. Das Gesetz sollte die Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren und langfristig stabile Beitragssätze der Krankenkassen sicherzustellen. Teil des Gesetzes war die Pflegepersonal-Regelung (PPR), die als Instrument dienen sollte, um die notwendige Zahl von Pflegekräften in Krankenhäusern zu ermitteln. PPR war als Übergangsregelung gedacht. Diese Regelung hat durch Stellenreduktion eine große Beeinträchtigung des Pflegegeschehens bewirkt.¹¹⁸

2004 erfolgt in Deutschland die Einführung des DRG's (Diagnosis Related Groups).

„[Die] diagnosebezogenen Fallgruppen stellen ein ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem dar, bei dem die Krankenhausfälle auf Basis ihrer Diagnosen und erfolgten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet sind.“¹¹⁹

Dieses System hat deutlich zum verkürzten Aufenthalt im Krankenhaus beigetragen. Auf Basis der DRG Statistik werden im Jahr 2015 fast 18,7 Millionen Patienten aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen. Das sind um 0,7% mehr als 2014.¹²⁰

Die DRG basieren auf ärztliche Diagnosen, die typischerweise individuell unterschiedlichen Pflegeaufwand mit sich bringen, auch wenn der ärztliche Aufwand stets vergleichbar ist, bleiben die pflegerische Leistungen

¹¹⁷ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016); S. 78

¹¹⁸ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 95

¹¹⁹ Statistisches Bundesamt (2015); S. 7

¹²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015); S. 9

unsichtbar. Der individuelle Pflegebedarf des Patienten wird vom DRG-System nicht berücksichtigt. Die Bettenzahl wird geringer, die Patientenzahl erfordert jedoch eine ungleich intensivere Pflege und Behandlung als bisher.¹²¹

In der Einleitung zur Darstellung der Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und der Patientenversorgung im Krankenhaus durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) weisen Isfort und Weidner darauf hin, dass die Personalkosten seit 2002 im ärztlichen Bereich um 33% gestiegen sind. Im Gegensatz dazu stagnieren die Personalkosten im Pflegebereich, das heißt, die tariflichen Erhöhungen seit 2002 werden alleine durch den Abbau von Planstellen im Pflegebereich aufgefangen.¹²² Seit einigen Jahren versucht das DIP Daten zur quantitativen pflegerischen Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen in Krankenhäusern zu generieren. Diese Daten sollten einen Überblick über den zukünftigen Bedarf an beruflich Pflegenden erstellen helfen.¹²³

Unter Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin von 2002 bis 2005 wurde das Thema Pflege in Krankenhäusern engagiert diskutiert. Pflegende haben in der Öffentlichkeit durch Demonstrationen auf sich aufmerksam gemacht und auf die schlechten Arbeitsbedingungen, insbesondere in Krankenhäusern hingewiesen. In der Folge und als Konsequenz wurde vereinbart, künftig zusätzliche Personalkosten für hochaufwendige Pflege in Krankenhäusern gesondert über die DRG Finanzierung zu honorieren.¹²⁴

Im April 2007 wurde eine Projektinitiative im Auftrag des Deutschen Pflegerates zur „adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG-System durch die Pflegeindikatoren“ unter Leitung von Frau Bartholomeyczik ins Leben gerufen. Mit dem PKMS

¹²¹ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2007). In: Pflege & Gesellschaft. S.137

¹²² Vgl. Isfort, Michael (2010): Pflege-Thermometer 2009. S. 6. Online http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf. Abgerufen am: 21.05.2017.

¹²³ Vgl. Bienstein, Christel (2013): Es braucht Geduld, Engagement und Mitstreiter-Entwicklung einer neuen Wissenschaftsdisziplin. In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 21

¹²⁴ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013). In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 27

(Pflegekomplexmaßnahmenscore) wurde ein Instrument entwickelt zur Abbildung hochaufwendiger Pflegeleistungen mit sehr mühsamer Pflegedokumentation. Bei der Komplexität der Behandlungen wird vom Pflegepersonal eine gute Dokumentation gefordert, die eine der Grundlagen der Pflegehandlung darstellt, möglichst lückenlos ist und den Patienten Sicherheit garantiert. Die aufwendigen Pflegeleistungen können nur bei korrekter Kodierung von Nebendiagnosen und Prozeduren gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden. In diesem Prozess können die Leistungen Pflegenden direkten Einfluss auf die Erlöse des Krankenhauses nehmen.¹²⁵ Mit diesem Aufwand sollten die Kosten des Pflegepersonals refinanziert werden. Aus einer Benchmark-Studie unter 57 Kliniken haben 40% der Befragten zugegeben, dass sie die PKMS-Erlöse nur teilweise für die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten verwenden.¹²⁶

Jedoch ist Pflege ein patientenindividueller Prozess und lässt sich nicht vollständig im PKMS Instrument abbilden.¹²⁷ Pflegende verbringen im Krankenhaus die meiste Zeit mit dem Patienten und stehen diesem 24 Stunden zur Seite. „Im Mittelpunkt der Pflege stehen vielmehr der pflegebedürftige Mensch mit seinem subjektiven Erleben gesundheitlicher Einschränkungen, der objektive Anlaß für den Pflegebedarf und das mitbestimmende Umfeld.“¹²⁸ Häufig werden auch pflegerische Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Leistungserfassung stehen, als Widerspruch zur traditionell empfundenen Berufsethik verstanden.¹²⁹

Eine Tätigkeit, die als pflegerische Leistung weder im DRG-System noch im PKMS-Instrument berücksichtigt wird, ist die Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Jedoch sind „Krankenhäuser [...] durch die Rahmenempfehlungen nach §112 SGB V ebenfalls zur Beratung der Patienten verpflichtet. Auch wenn Pflege dort nicht explizit

¹²⁵ Vgl. Wagner, Jan (2016); S. 257f

¹²⁶ Vgl. Bibliomed Pflege. PKMS: Nutzen kommt nicht auf Stationen an. Online <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31950-pkms-nutzen-kommt-nicht-auf-stationen-an/> Abgerufen am 21.05.2017

¹²⁷ Vgl. Klein, Ricarda et al.: (2012); S. 183

¹²⁸ Robert-Bosch-Stiftung. (2000); S. 3

¹²⁹ Vgl. Wagner, Jan (2016): Pflege nimmt Einfluss auf die Erlöse und damit auf die Qualität: PKMS und pflegerrelevante Nebendiagnosen. In: Blickwechsel in der Pflege. S. 255

genannt wird, muss sie sich als größte Berufsgruppe dieser Beratungspflicht im Krankenhaus stellen“.¹³⁰ Die Beratungstätigkeit stellt im beruflichen Selbstverständnis der Pflege einen eigenverantwortlichen Sektor dar. In Ausbildung und leistungsrechtlichen Regelungen??? ist diese Tatsache inzwischen berücksichtigt. Die Pflegenden sind autorisiert und verpflichtet, Pflegebedürftige und deren Bezugspersonen zu beraten.¹³¹ Tatsächlich jedoch werden pflegefachliche Leistungen (SGB XI; z.B. Beratung) „unter sozialrechtlichem, organisatorischem und qualifikatorischem Aspekt [...] sekundär unter Arztvorbehalt gestellt, um übertragbar zu werden.“¹³²

Auch führt der zunehmende ökonomische Druck durch Kostenunterdeckungen und unzureichende Investitionsförderungen dazu, dass Aufgaben der Berufsgruppen auf ökonomisch günstigere Berufsgruppen verschoben werden. Dadurch kommt es zu großen Veränderungen im Aufgabenkatalog der Berufsgruppen in den Krankenhäusern. Vor dem Hintergrund der verkürzten Verweildauer und ökonomischer Kriterien fordert die neue und modifizierte Rolle der Pflegenden im Krankenhaus, die Delegation ärztlicher Aufgaben in den Mittelpunkt zu rücken¹³³, wie beispielsweise die Blutabnahme und das Legen von peripher venösen Zugängen.

Stemmer hat aus der Literaturrecherche 11 Projekte zur Situation der Pflege im Krankenhaus verglichen, deren Ergebnisse klar formulieren, dass die professionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus nicht wahrgenommen und nicht gestärkt wird, was zu weiterer Arbeitsunzufriedenheit und damit steigender Fluktuationsrate führt.¹³⁴ „Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Krankenhaus ist [...] von Hierarchien geprägt.“¹³⁵ Unter DRG-Bedingungen entsteht eine Neupositionierung aller Berufsgruppen. So wird die Leitungsebene deutscher Krankenhäuser auf drei Säulen

¹³⁰ Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege. S. 212

¹³¹ Vgl. Koch-Straube, Ursula (2008); S. 213

¹³² Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011) S. 3

¹³³ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus-die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft. S. 135

¹³⁴ Vgl. Stemmer, Renate (2011): Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft. S. 302

¹³⁵ Mauritz, Marita, et al.: (2015); S. 133

konstruiert, bestehend aus dem Verwaltungsdirektor, dem ärztlichen und dem Pflegedirektor.¹³⁶ Über viele Jahren wurde die Pflegedirektion nicht ausreichend ernst genommen, verfügte über keinen akademischen Abschluss, hatte weniger Handlungsspielraum und war oft genug sehr deutlich geringer honoriert. Erst mit der Möglichkeit zum Studium des Pflegemanagements haben sich in den Pflegedirektionen qualifizierte Leitungskräfte etablieren können, die in Personalfragen, betriebswirtschaftlichen Grundlagen und in der rechtlichen Situation von Medizin und Pflege strukturierte Kompetenzen aufweisen.¹³⁷

Eine Besonderheit in Krankenhäusern sind die praktische Tätigkeiten, das gesamte Fort- und Weiterbildungswesen von Pflegekräften lag in den Händen von Pflegeverbänden; Pflegeorganisationen oder der Gewerkschaften. Bis in die 1990er-Jahre wurde dieser Weiterbildungssektor nicht staatlich, sondern durch die Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Organisation der Krankenhausträger, geregelt. Pflegenden selbst verfügten in Bezug auf ihre eigene berufliche Bildung über geringere Machtpotenziale.¹³⁸

Die Arbeit im Krankenhaus ist durch restriktive Rahmenbedingungen, einen chronischen Pflegepersonalmangel, organisatorischem und administrativem Chaos und verbreiteter Abgrenzung der Pflege von anderen Berufsgruppen¹³⁹ gekennzeichnet. Als Gegenmaßnahme zum Personalmangel ist ab dem 01.01.2016 ein Pflegestellenförderprogramm für den Krankenhausbereich eingerichtet worden, um die Pflege der Patienten am Bett zu stärken. Das Programm ist auf drei Jahre ausgelegt und umfasst 660 Millionen Euro. Nach Ablauf des Programms sollen ab 2019 jährlich bis zu 830 Millionen Euro zur Verfügung stehen, um die Pflegesituation im Krankenhaus zu verbessern. Weiterhin hat das Bundeskabinett am 05.04.2017 die Einführung von

¹³⁶ Vgl. Braun, Bernard (2011): Wunsch nach Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft. S. 303

¹³⁷ Vgl. Tewes, Renate (2011); S. 9ff

¹³⁸ Vgl. Höhmann, Ulrike (2013): Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter. In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 317

¹³⁹ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine, et al. (2013): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung bei Pflegepersonal im Krankenhaus. S. 109

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen beschlossen. Das sichert die Interessen der professionell Pflegenden.¹⁴⁰

Die Vertrauenskultur in einer Institution basiert auf den Beziehungen von Individuen untereinander und trägt zur Vermehrung des Sozialkapitals bei. Die pflegerische Arbeit im Krankenhaus steuert einen wesentlichen Teil zum Sozialkapital bei. Der Stellenabbau im Pflegedienst bei steigender Patientenzahl stört tendenziell den Vertrauensmechanismus mit seinen Rahmenbedingungen.¹⁴¹ Pflegerische Arbeit ist Beziehungsarbeit, die auf der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft basiert, wobei die tägliche Arbeit auf den Stationen eine große Rolle spielt. Hier wird das Vertrauen genutzt als Mechanismus zur Stabilisierung unsicherer Erwartungen. Herr Thiele hat 2000 schon angenommen, dass „Personalabbau im Pflegedienst wird voraussichtlich dazu führen, dass Sozialkapital abgebaut wird, die Vertrauenskultur erheblich leidet und letztlich die Pflegequalität leidet.“¹⁴²

5. Akademisierung der Pflege

Die Akademisierung der Pflege verändert langsam das Berufsbild. Pflege in Deutschland bemüht sich seit Jahrzehnten um eine Professionalisierung, um die berufliche Situation von Pflegekräften zu optimieren und attraktiver zu gestalten. Es ist interessant festzustellen, dass die erste Habilitation in der Pflege 1895 in Berlin erworben wurde. Zu diesem Zeitpunkt durften Frauen nicht studieren, weswegen die wissenschaftliche Krankenpflege zunächst durch den Arzt Martin Mendelsohn vertreten wurde. Dessen Habilitation beschrieb eine medizinische und wissenschaftliche Pflege, die von Mendelsohn als Hypurgie (Unterstützungsmittel anwenden) bezeichnet wurde, ein Bereich, der noch heute in der Pflegewissenschaft als zentraler Bestandteil des Fachbereiches angesehen wird.¹⁴³

¹⁴⁰ Vgl. Deutscher Pflegerat (2017): Bundeskabinett geht mit Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen den richtigen Weg. Pressemitteilung vom 06.04.2017

¹⁴¹ Vgl. Thiele, Günter (2000): Entwicklung der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen von 1990 bis 1997 unter besonderer Berücksichtigung der Beschäftigungsentwicklung und der Krankenhausfinanzierung. S. 17

¹⁴² Thiele, Günter (2000); S. 23

¹⁴³ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013). In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 58f

Die Krankenschwestern, die nach dem Zweiten Weltkrieg die Möglichkeit hatten, eine Weiterbildung oder ein Studium im Ausland zu absolvieren, haben nach ihrer Rückkehr in die Bundesrepublik um den Stellenwert der Krankenpflege durch eine Akademisierung gekämpft.¹⁴⁴ In den 1980er gibt es von mehreren Seiten Bestrebungen, die Pflege zu akademisieren. So setzt sich der DBfK seit Ende der 1980er Jahre für die Akademisierung in der Pflege ein.¹⁴⁵ Auch die Robert-Bosch-Stiftung richtet in den 1980er Jahren einen Pflegeschwerpunkt ein und veröffentlicht 1992 die Denkschrift „Pflege braucht Eliten“. Diese stellt sie auf einem Symposium im Wissenschaftszentrum in Bonn vor. Die akademische Ausbildung wird als notwendig dargestellt, um in der Zukunft langfristig die Qualität der Pflege zu sichern und zu erhöhen.¹⁴⁶ Diese Projektarbeit hilft dabei, die Akademisierung und Professionalisierung der Pflegenden in Deutschland anzustoßen und löst eine Lawine von zahlreichen Artikeln aus.¹⁴⁷ Dadurch wird dem Thema Akademisierung der Pflege neuer Vorschub gegeben.

Weiterhin haben sich Soziologen mit Beginn der 1980er Jahre für die Krankenpflege im Rahmen eigener Forschungen interessiert. Sie haben die Frage gestellt, welche Anforderungen die Pflege erfüllen muss, um in den Stand einer Profession aufsteigen zu können. Es wurden in erster Linie das lückenhafte Wissen und die mangelnde Qualifikation der Lehrkräfte in der Pflege bemängelt, wie auch später das wissenschaftliche Selbstverständnis der Pflege in den Krankenpflegeschulen. Der größte Teil der Pflegelehrer hat eine akademische Lehrausbildung abgelehnt; erst Ende der 1980er-Jahre hat sich die Situation zu einem Wunsch nach einem tertiären Bildungsbereich und nach mehr Autonomie verändert. Ebenso werden tarifrechtliche Forderungen aufgestellt.¹⁴⁸

Die Wiedervereinigung Deutschlands 1989 hat die Akademisierung der Pflege beschleunigt. In der DDR wurden schon seit 1963 Lehrkräfte für Pflegeberufe an der Humboldt Universität Berlin ausgebildet. 1990 wird an

¹⁴⁴ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 12f

¹⁴⁵ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 51

¹⁴⁶ Vgl. Moses, Simone (2015); S.85f

¹⁴⁷ Vgl. Robert-Bosch-Stiftung. (2000); S. 5

¹⁴⁸ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 43ff

der Freien Universität Berlin ein Studiengang für Pflegepädagogik vorbereitet. Ab dem Wintersemester 1991/92 werden neue Studienkonzepte für Pflegepädagogik entworfen, die für ganz Deutschland Gültigkeit besitzen. Den medizinischen Fachschulen werden Kompetenzbereiche entzogen und Lehrinhalte, wohl auch Finanzierungsmittel gestrichen.¹⁴⁹

Pflegeforschung dagegen wurde bis Ende der 1980er-Jahre nicht organisiert betrieben. Die Bedeutung der Pflegeforschung wurde allerdings erkannt, und 1984 die Agnes Karll Stiftung für Pflegeforschung ins Leben gerufen.¹⁵⁰ Die Entwicklung der Pflegeforschung und die Ergebnisse der Forschungsprojekte bewirken in Deutschland einen deutlichen Vorschub des Professionalisierungsprozesses. Die erste bundesdeutsche Professur für Krankenpflege und Soziologie hat 1987 die Professorin Dr. Ruth Schröck an der Fachhochschule Osnabrück erhalten. Schröck hat in Schottland das Studium der Pflegewissenschaft absolviert.¹⁵¹ 1988 wird durch das Bundesgesundheitsministerium ein Forschungsprojekt zum Pflegeprozess bei Schlaganfallpatienten gefördert, erstmals unter der Leitung einer Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester, Monika Krohwinkel.¹⁵² Krohwinkel hatte ihr Masterstudium in England abgeschlossen. In diesem Projekt haben Schröck und Krohwinkel erwiesen, dass Fortschritt in der Pflege nur dann möglich ist, wenn Pflegendе ihre Handlungsfelder selbst erforschen.¹⁵³

Gleichzeitig im Wintersemester 1991/92 wurde der erste Regelstudiengang für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück gestartet.¹⁵⁴ Bartholomeyczik berichtet, dass über die Pflegewissenschaft und Forschung in Deutschland in den 1980er Jahren und Anfang der 1990er Jahre lebhaft diskutiert wird. Die Pionierinnen in der Pflegewissenschaft müssen sich immer wieder sagen lassen, dass es nicht möglich sei, Pflege

¹⁴⁹ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 50f

¹⁵⁰ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 46f

¹⁵¹ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013): Pflegeforschung: Entwicklung und Perspektiven in deutschsprachigen Ländern. S. 68

¹⁵² Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013); S. 68

¹⁵³ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 49

¹⁵⁴ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013). In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 65

zu erforschen. „Pflege umfasse im Kern unsichtbare, nicht messbare Tätigkeit.“¹⁵⁵ In vielen Veröffentlichungen, auch von politischer Seite, werden Überlegungen über die Reaktion auf die neuen Qualifizierungsangebote angestellt. Es werden zum Teil widersprüchliche Gedanken über die Werthaftigkeit einer professionellen Pflege geäußert, auch wenn die Pflege als moderner Beruf mit hohen Qualifikationsanforderungen anerkannt wird.¹⁵⁶

Noch bis heute ist die Voraussetzung für den Erhalt eines Studienplatzes in erster Linie die absolvierte pflegerische Grundausbildung.¹⁵⁷ Hessen war das erste Bundesland, das sich mit der Aufwertung der Pflege auseinandergesetzt hat. Hilde Steppe ist es gelungen, für Hessen ab 1993 den ersten Pflegestudiengang ohne vorherige abgeschlossene Pflegeausbildung zu konzipieren.¹⁵⁸

Die lange Vorgeschichte der Akademisierung wurde erst in den 1990er-Jahren systematisiert. So wurde 1994 vom Deutschen Bildungsrat ein erstes Bildungskonzept mit dem Bestreben veröffentlicht, die Neukonzeption pflegerischer Bildung zu strukturieren, systematisieren und zu koordinieren. Das Bildungskonzept baut, wie in einer Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung empfohlen, auf einer generalistischen Grundausbildung auf und sorgt bis heute für sehr kontroverse Diskussionen.¹⁵⁹ Die Akademisierungsbestrebungen zu Beginn der 1990er-Jahre werden nicht als Professionalisierungsprozess wahrgenommen, sondern als Option, durch neue Qualifizierungs- und Karrieremöglichkeiten dem Personalmangel in der Pflege entgegenzuwirken.¹⁶⁰ Pflegewissenschaft und Pflegeforschung haben bis 1995 als eigenständige Disziplinen an keiner der bundesdeutschen Hochschulen Eingang gefunden. Diese kritische Situation wird wieder einmal von der Robert-Bosch-Stiftung erkannt und eine Denkschrift zur Pflegewissenschaft erarbeitet, die im Januar 1996 der Öffentlichkeit vorgestellt wird. In einem

¹⁵⁵ Bartholomeyczik, Sabine (2013): S. 74

¹⁵⁶ Vgl. Moses, Simone (2015); S.72

¹⁵⁷ Vgl. Höhmann, Ulrike (2013); S. 318

¹⁵⁸ Vgl. Bartholomeyczik, Sabine (2013): S. 75

¹⁵⁹ Vgl. Moses, Simone (2015); S.97f

¹⁶⁰ Vgl. Moses, Simone (2015); S.104

darauffolgenden Modellversuch wird die Pflegewissenschaft erstmals als neue universitäre Disziplin an der Universität????? etabliert. Ab hier wird die „Pflege als eigenständiger Teil des präventiven, akuten und rehabilitativen Handlungsprozesses bei medizinisch diagnostizierten Erkrankungen oder vorliegender Pflegebedürftigkeit verstanden.“¹⁶¹ Ab Mitte der 1990er Jahre sind sehr schnell eine Vielzahl von Pflegestudiengängen im Bereich Pflegemanagement und Pflegepädagogik entstanden. Weiterhin mangelt es dagegen an pflegewissenschaftlichen Studiengängen und an Promotions- und Habilitationsvorbereitenden Qualifikationsmöglichkeiten. Die ersten Promotionsmöglichkeiten im Bereich der Pflegewissenschaft werden 1998 an der Universität Witten/Herdecke eingerichtet, gefolgt von den Universitäten Berlin, Bielefeld, Bremen, Halle, Osnabrück und Vallendar.¹⁶² Die Bologna-Erklärung von 1999 soll zu einem harmonisierten europäischen Hochschulraum führen.¹⁶³ Im Jahr 2000 wird das Krankenpflegegesetz um die „Modellklausel“ erweitert. Die Klausel ermöglicht, generalistische und integrative Modelle sowohl in der Berufsausbildung als auch in dualen Studiengängen zu erproben.¹⁶⁴ Auf einem Symposium in Göttingen im November 2002 betont Schröck, dass es durch die fortschreitende Akademisierung gelungen sei, die Pflege sichtbar zu machen und dass diese nunmehr mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichberechtigt stünde.¹⁶⁵ Noch ist offen, wie die neuen Berufsfelder neben alten Qualifikationsmustern und der Hierarchisierung in der Aufgabentätigkeit in der praktischen Anwendung sich bewähren werden. Offen bleibt auch zunächst, wie die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Pflegenden und die Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen gestaltet werden.¹⁶⁶

¹⁶¹ Moses, Simone (2015); S.108

¹⁶² Vgl. Bienstein, Christel (2013): In: Pflegewissenschaft in Deutschland. S. 15

¹⁶³ Vgl. Moses, Simone (2015); S.113f

¹⁶⁴ Vgl. Grewe, Annette et al.: (2005). In: Gesundheitsberufe im Wandel. S. 63

¹⁶⁵ Vgl. Moses, Simone (2015); S.142

¹⁶⁶ Vgl. Bollinger, Heinrich (2005). In: Gesundheitsberufe im Wandel S. 22

In der Pflege wird bislang ein Akademisierungsgrad von weniger als 2% erreicht.¹⁶⁷ Die Robert-Bosch-Stiftung hat einen Anteil von 10% akademisch qualifizierten Pflegenden angeregt. Nach Bienstein werden noch ca. 40 Jahre benötigt, um den angestrebten Wert zu erreichen.¹⁶⁸ Aktuell gibt es in Deutschland bereits mehr als 40 Hochschulen, die einen Bachelorabschluss mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz anbieten können.¹⁶⁹

6. Entwicklungstrends in der Pflege

Aufgrund des Bologna Prozesses sind auch Studiengänge in der Pflege auf das zweistufige Bachelor-Mastersystem umgestellt worden. Diese Umstellung soll die Anerkennung der Abschlüsse auf der Basis einheitlicher Qualitätsnormen innerhalb der EU erleichtern.¹⁷⁰ Der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) haben sich 2013 mit der Frage beschäftigt, welche zukünftigen beruflichen Perspektiven die Absolventen der Studiengänge für Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft haben werden. Durch die Akademisierung der Pflegeberufe entstehen weitere Qualifikationen und erweiterte Kompetenzprofile.¹⁷¹ Die drei Studiengänge geben die Differenzierung der Aufgabengebiete der Pflege wieder. Die bestehenden Unsicherheiten, die Akzeptanz unter Pflegenden und die Etablierung der neuen akademischen Berufsgruppen in der Praxis stellen für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Bartholomeyczik äußert 2013 im Interview für das Gesundheitswirtschaftsmagazin (kma):

„Wir brauchen viele und qualifizierte Menschen, die direkt in der Pflege arbeiten. Wir stehen am Beginn eines großen Personalmangels. Das bedeutet aber auch: Je problematischer die

¹⁶⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014. S. 534. Abgerufen am: 05.05.2017

¹⁶⁸ Vgl. Bienenstein, Christel (2013); S. 16f

¹⁶⁹ Vgl. VPU (2016): Leitfaden. Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus. S 10

¹⁷⁰ Vgl. Mamerow, Ruth (2013); S. 49

¹⁷¹ Vgl. DPR, DGP (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. S. 2. Abgerufen am: 27.05.2017

Personalsituation ist, desto wichtiger ist es, dass es Pflegekräfte gibt, die sehr gut qualifiziert sind, um Steuerungs- und Lenkungsaufgaben für die einzelnen Patienten oder Pflegebedürftigen zu übernehmen. Abgesehen davon gibt es in der Pflege Felder mit hohen Anforderungen, für die vertiefte Qualifikationen nötig sind, wie im Advanced Nursing [...].¹⁷²

Die akademischen Pflegefachpersonen sind noch nicht an der Basis im Stationsalltag angekommen. Zumeist sind sie in den Stabstellen, im Management auf der Führungsebene und in den Schulen angesiedelt.

Die veränderte Aufgabenneuverteilung und steigende Anforderungen an die Pflege erfordern Anpassungen in der Ausbildung wie auch notwendige fachliche Modernisierungs- und Anpassungsprozesse in den täglichen Arbeiten. Friedrichs äußert 2015, dass die akademische Ausbildung von Pflegekräften ein wichtiges Instrument geworden ist, mit dem die Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. Benötigt würden mehr Pflegende mit qualifizierten Hochschulabschlüssen, die in der Praxis im direkten Kontakt mit dem Patienten bleiben, die auch Erfahrungswissen hinterfragen, Forschungsergebnisse generieren und korrekt interpretieren können und schließlich diese in die Praxis umsetzen. Akademiker können jedes Pflegeteam bereichern.¹⁷³ Diese Entwicklung zeigt, dass die Rolle der Pflege in einer sich stetig verändernden Gesundheitsversorgung erweiterte und vertiefte Pflegeexpertise im Sinne des Advanced Nursing Practice (ANP) benötigt.

Die neue Berufsbezeichnung als Pflegeexperte ANP wird langsam in deutschen Krankenhäusern etabliert. Voraussetzung für die Anerkennung und Registrierung als Pflegeexperte ANP ist ein Masterabschluss in der Pflegewissenschaft. In Deutschland werden die „Pflegeexperten/Innen ANP“ derzeit noch überwiegend in Bachelorprogrammen qualifiziert. [Beleg](#)

Weskamm ist Referentin beim DBfK und koordiniert das DBfK- Netzwerk „Erweiterte Pflegepraxis“ für alle Pflegeexperten ANP in Deutschland. In der

¹⁷² Bartholomeyczik, Sabine (2013): GBA und IQWiG definieren alles rein ärztlich. In: KMA. Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. 18.Jg., Mai 2013. S. 25

¹⁷³ Vgl. Friedrich, Anne (2015): Akademisierung der Pflege. Eine Bereicherung für jedes Team. In: kma. S. 68.

Fachzeitschrift „Die Schwester. Der Pfleger“ von März 2017, beschreibt sie drei Pflegefachexperten ANP und deren Arbeit in den Krankenhäusern näher. Clemens Rabes arbeitet im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe und ist Experte für Ernährung und Stoffwechsel. Manuela Zsidek arbeitet am Universitätsklinikum Bonn als Expertin auf der Stroke Unit. Während ihres Studiums hat sie sich in den Themenbereichen „Delir“ und „neurologische Fachpflege“ spezialisiert. Sie ist an drei Tagen im Monat für organisatorische und wissenschaftliche Tätigkeiten von der praktischen Pflege freigestellt. Andrea Müller arbeitet am Diabetes-Kompetenz-Zentrum des Klinikums Fürth und besitzt höher Fachexpertise in den Diabeteserkrankungen. Sie ist Absolventin des spezialisierten Studienganges „Diabetes- und Gesundheitswissenschaft“. Alle drei sind Absolventen eines Masterstudiums, leisten in Deutschland in diesen Bereichen Pionierarbeit und tragen somit dazu bei, dass die Pflege sich weiterhin professionell weiterentwickelt. Patienten sollten von einer optimierten Gesundheitsversorgung mit Hilfe von Pflegefachexperten maßgeblich profitieren.¹⁷⁴ Diese Experten haben zur Aufgaben, die Entwicklung klinischer Leitlinien und Standards in ihren Fachgebieten inhaltlich weiter zu betreiben. Sie sollen die Rolle eines change managers übernehmen und für die Sicherstellung der Effektivität, der Effizienz, der Kontinuität, der Qualität und der Patientensicherheit Verantwortung übernehmen. Sie können neben den pflegerischen Tätigkeiten auch Interventionen übernehmen, die bislang den Ärzten vorbehalten waren. Leider sind aufgrund unterschiedlicher Sozialversicherungssysteme und variierender Finanzierung im Gesundheitswesen der jeweiligen Länder die neu etablierten Rollenprofile nur bedingt umsetzbar.¹⁷⁵ Die Weiterentwicklung des pflegerischen Handlungsfelds durch einen Pflegeexperten ANP kann nur Bedeutung in der Pflegepraxis erreichen, wenn der Verantwortungsbereich und die Autonomie eines selbstbestimmten Entscheidungsprozesses auf der Grundlage

¹⁷⁴ Vgl. Weskamm, Andrea (2017): Das Bestmögliche für den Patienten herausholen. In: Die Schwester. Der Pfleger. S. 40-43

¹⁷⁵ Vgl. Positionspapier DBfK (2013); S 2ff

pflegerischen Wissens realisierbar werden.¹⁷⁶ „Notwendig wäre neben der in §87 Abs.2b SGB V geregelten Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten auch die unabhängige Leistungserbringungen mit den Krankenkassen abrechenbar zu machen, um eine eigenständige Versorgung durch ANP umzusetzen.“¹⁷⁷

Im europäischen und internationalen Vergleich ist Deutschland im Hinblick auf die eigenverantwortliche Übernahme medizinischer Leistungen durch nichtärztliche professionelle Pflegefachkräfte noch immer Schlusslicht.¹⁷⁸ Auch die Neufassung des Krankenpflegegesetzes 2004 erlaubt Pflegenden weiterhin nur auf ärztliche Anordnung und Verantwortung tätig zu werden.¹⁷⁹

Feuchtinger, Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Freiburg (UKF), berichtet in der Zeitung für Heilberufe 2016, dass seit 1995 Pflegeexperten ANP am UKF etabliert sind und bis heute feste Bestandteile der Patientenversorgung wurden. Pflegeexperten ANP führen eigene Forschungsprojekte durch und sind in nationalen und internationalen Fachgremien vernetzt. Sie arbeiten mit dem Pflegeteam und anderen Berufsgruppen eng zusammen. Sie legen den Fokus ihrer Arbeit auf die Weiterentwicklung der Patientenversorgung, des Pflegepersonals und der Institution Krankenhaus als Ganzes. Sie organisieren Workshops und Konferenzen im jeweiligen Fachbereich mit dem Ziel, Fähigkeiten und Kompetenzen aller beteiligten Berufsgruppen, speziell der Pflege zu mehren und zu erweitern. Hierzu suchen die Pflegeexperten ANP auch den Kontakt und den Austausch mit Patienten und deren Angehörigen im stationären Alltag. Die gelingende Integration aller Beteiligten und letztlich die Implementierung eines neuen Rollenverständnisses setzen sorgfältige Planung und aufmerksame Begleitung durch die ANP voraus. Kontrollierende Evaluation sollte regelmäßig betrieben werden, um die

¹⁷⁶ Vgl. Gaidys, Uta (2011): Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung- Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Pflege. S. 15

¹⁷⁷ Teuscher, Micha(Hrsg.) et al.: (2015): Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg: Reihe G, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management; Band 23. S. 84

¹⁷⁸ Vgl. Teuscher, Micha(Hrsg.) et al.: (2015); S. 83f

¹⁷⁹ Vgl. Moses, Simone (2015); S. 160

langfristige Akzeptanz aller Beteiligten zu sichern und deren erweiterte Kompetenzen für Patientenversorgung und Organisation nutzbar zu machen.¹⁸⁰

Der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Unikliniken (VPU) hat sich über die Eingliederung von Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss in Krankenhäusern Gedanken gemacht und in einem Leitfaden unterschiedliche Ansätze zur bestehenden Praxis dargestellt. In diesem haben Rantzsch und Maier darauf hingewiesen, dass der Qualifikationsmix an den Universitätskliniken notwendig ist und akademische Ausbildungsangebote unverzichtbar sind. Zur Ausdifferenzierung der traditionellen pflegerischen Aufgabenprofile im Stationsalltag und zur Bewältigung neuer Aufgaben und Verantwortungsbereiche braucht es in der Zukunft notwendige Umsetzungsstrukturen.¹⁸¹ In der Praxis sind Aufgaben und Rollenklarheit der künftigen Absolventen nicht ausreichend geklärt. Durch die Akademisierung der Pflege wird auch die Verbesserung der Patientenversorgung und Patientensicherheit erwartet, weswegen in Krankenhäusern pflegerische Tätigkeitsprofile neu definiert werden sollten. So könnten auch Konflikte innerhalb der Berufsgruppen vermieden werden. Es ist wichtig, dass gesamte Team in die Entwicklung einer neuen Teamstruktur und die Erweiterung pflegerischer Ziele und Aufgaben zu integrieren. Das Pflegepersonal übernimmt zunehmend komplexere Aufgaben mit einer höheren Verantwortung in der Patientenversorgung. Dreijährig ausgebildete Pflegefachpersonen entsprechen heute nicht mehr der Bedarfslage der Universitätskliniken. Umso wichtiger ist es, Ausgleiche bei Qualifikationen und Funktionen innerhalb eines Teams zu schaffen. Komplexe Patientenversorgung erfordert, die Forschungsergebnisse sowie die systematische Evaluation von Pflegehandlungen zu implementieren. Dies wird auch von den Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken als notwendig erachtet. Ein optimaler Qualifikationsmix könnte die Leistungen einer Abteilung unter ökonomischen

¹⁸⁰ Vgl. Feuchtinger, Johanna (2016): Akademisierung der Pflege. ANP-Studiert und doch nah an der Praxis. In: Heilberufe. S. 48f

¹⁸¹ Vgl. VPU (2016): Leitfaden. S. 7

Gesichtspunkten steigern und die Arbeitsplatzattraktivität verbessern helfen.¹⁸² „Veränderungen der Personalstrukturen sind nicht nur innerhalb von Pflegeteams, sondern auch bei der berufsgruppenübergreifenden Teambildung notwendig.“¹⁸³

Im Jahr 2015 hat das Netzwerk Pflegeforschung des VPU eine standardisierte Befragung aller 32 deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen zum Stand der Einbindung akademischer Absolventen durchgeführt. Das Ergebnis sagt bei einer Rücklaufquote von 75% aus, dass durchschnittlich 1,7% aller Pflegenden an deutschen Universitätskliniken hochschulisch qualifiziert sind. Von 348 Personen weisen ca. 50% Bachelorabschlüsse auf, diplomierte Pflegefachpersonen wurden 269 genannt. 81 Pflegenden hatten das Masterstudium abgeschlossen, davon waren 11 Personen promoviert. Zu einem leicht geringeren Anteil arbeiten Pflegefachkräfte mit akademischem Abschluss nicht mehr am Patientenbett; Pflegenden mit direktem Patientenkontakt machen etwa 1% der rückgemeldeten Fachkräfte aus.¹⁸⁴

Es wird von der VPU empfohlen, dass Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss in vollem Umfang in der direkten Patientenversorgung in allen Schichten präsent sein sollten. Personen, die den dualen Studiengang mit Bachelor abgeschlossen haben, brauchen zuerst Anleitung und Begleitung, um Erfahrungen zu sammeln und die zusätzlich erworbenen Kompetenzen in der Zukunft einsetzen zu können. Es gibt viele Konzepte, die in den Universitätskliniken bereits umgesetzt sind, wie z.B. Traineeprogramme, allgemeine Modelle zur Integration von Pflegeforschung, Modellstationen oder das Konzept des Personalpools mit bezugspflegerischer Ausrichtung am Universitätsklinikum Bonn, die den Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen in neue Aufgabenfelder innerhalb der Organisation erleichtern.¹⁸⁵ „Universitätskliniken sind Orte der wissenschaftlichen Weiterentwicklung

¹⁸² Vgl. VPU (2016). Leitfaden. S. 10f

¹⁸³ VPU (2016). Leitfaden. S. 11

¹⁸⁴ Vgl. Schmeer, Regina, Kocks, Andreas: Akademisch ausgebildete Pflegenden im Pflegedienst der Universitätskliniken. In: VPU (2017); S. 4. Online: <http://www.vpu-online.de/de/pdf/VPU-NL-012017-170216-Web.pdf>

¹⁸⁵ Vgl. VPU (2016); S. 19ff

der Disziplin Pflege auch in Kooperation mit der Medizin sowie weiteren Bezugswissenschaften.“¹⁸⁶ So bieten sich Pflegenden neue Chancen eigenverantwortlich und professionell Pflege in der direkten Patientenversorgung zu planen, innovative pflegerische Konzepte zu entwerfen, zu begleiten und zu evaluieren.

7. Diskussion und Schlussfolgerung

Die Akademisierung stellt den Versuch dar, etwas Neues zu schaffen, ein modernes Verständnis des Pflegeberufes.¹⁸⁷ Die vorliegenden Ergebnisse meiner Bachelorarbeit bestätigen die Schwierigkeiten der Akademisierung der Pflege in Deutschland und die unbefriedigende Rolle der Berufsangehörigen im Vergleich zu anderen Professionen. Zwar wird der Fachkräftemangel in der Gesellschaft wahrgenommen, dass aber die Interessen der Pflegenden nicht im Fokus der Politik stehen, ist deutlich sichtbar. „Das Verständnis von Autonomie in der Pflege ist nicht einheitlich.“¹⁸⁸ Die Studierenden sollten während des Studiums zu wissenschaftlichem und ethisch reflektierendem Arbeiten befähigt werden. Sie sollten aufgrund ihres Wissens imstande sein, entstehende Probleme zu lösen, wissenschaftlich fundierte Urteile abzuleiten, kritisch-reflexive Kompetenzen zu stärken und neues Wissen durch eigenständige Forschung zusammenzufassen und in die pflegerische Praxis umzusetzen. Hierzu sollte auch die Fähigkeit erworben werden, Forschungs- und Modellprojekte selbständig durchzuführen.

Die Akademisierung sollte nicht nur Hilfsreich sein bei der Kommunikation mit Ärzten auf Augenhöhe, sondern auch Nutzen für den Patienten bringen, der auf einer wissenschaftlich fundierten, laufend aktualisierten Pflegepraxis fußt. Es muss angestrebt werden, fachqualifizierte Absolventen wie z.B. ANP im unmittelbaren Patientenkontakt zu belassen

¹⁸⁶ ?????????das ist ein Flyer????von VPU???

¹⁸⁷ Vgl. Friedrich, Anne, et al.:(2011): Akademisierung der Gesundheitsberufe-Bilanz und Zukunftsperspektive. In: kma. S. 1

¹⁸⁸ Stemmer, Renate (2011): Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft. S. 293

und durch Pflegewissen das Bemühen der Medizin zu ergänzen. Pflegeexperten ANP bereichern die Pflegepraxis durch pflegewissenschaftliche Theorien, optimieren die Pflegeprozesse und die Qualität der Pflege der Zukunft. In Deutschland gibt es noch keine klaren Vorgaben, wo akademisch Ausgebildete ihren Platz im Berufsfeld Pflege haben sollten. Ich vertrete die Meinung von Bartholomeyczik, Bienstein und Schaefer (2002), dass wir großen Nachholbedarf in der Professionalisierung der Pflege haben. Die berufliche Pflege kann sich nur weiter den Merkmalen einer Vollprofession annähern, wenn die Ausbildung an Hochschulen als Erstausbildung eingeführt wird.¹⁸⁹ Die Optimierung der Pflegeausbildung ist für die Steigerung der Pflegequalität unerlässlich, auch um im Wettbewerb mit unseren europäischen Nachbarländern mithalten zu können.¹⁹⁰ Das „Berufsethos“ des „Dienens“ statt „professionelle Dienstleistung erbringen“ wird den Berufsstand nicht vorwärtsbringen. Die Sehnsucht nach Profession fällt individuell sehr unterschiedlich aus, die Realität des Professionalisierungsprozesses ist entsprechend ernüchternd. Isfort sagte, dass „die Frage nach professionellem pflegerischem Handeln wesentlich wichtiger erscheint als die Frage danach, ob die Pflege eine Profession [...] ist.“¹⁹¹

Dass die Pflege „[...] eine qualitative hochwertige wissenschaftliche Grundlage [...] benötigt, steht mittlerweile außer Zweifel. Um das zu ermöglichen, muss [...] auch die Pflegeforschung Unterstützung finden. Noch liegt Deutschland in der Entwicklung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung erheblich im Rückstand.“¹⁹²

Die Errichtung von Pflegekammern ist ein zwingend notwendiger Schritt. Pflegekammern ermöglichen, dass Pflegende die Verantwortung für die Entwicklung unseres Berufes übertragen bekommen und die Professionalisierung vorantreiben können. Nur gut organisierte Pflegeverbände können auf Bundesebene berufliche Autonomie fordern und die Fremdbestimmung durch andere Interessengruppen eindämmen.

¹⁸⁹ Vgl. Bögemann-Großheim, Ellen (2004); S. 104

¹⁹⁰ Vgl. Robert Bosch Stiftung. (2000); S. 5

¹⁹¹ Isfort, Michael: Wissen&Tun (2003); S. 277

¹⁹² Moses, Simone (2015); S. 162

Zurzeit haben die Berufsverbände noch kein 100%iges Mandat der Pflegenden bekommen.¹⁹³

Gegner des Professionalisierungsprozesses bieten vielfältige und unrichtige Argumente. So sei die Einrichtung von Pflegekammern „verfassungswidrig“ und deren Nutzen für den Pflegeberuf „nicht ersichtlich“.¹⁹⁴ Ersteres bezieht sich wohl auf die Beitragspflicht, ohne dass bisher erhoben worden wäre, ob Pflegende nicht auch freiwillig bereit wären, monatliche Abgaben zum Betrieb der Pflegekammern zu leisten. Die delegierten Berufsangehörigen würden von den Mitgliedern der Kammern gewählt und wären damit demokratisch legitimiert, mit einer politischen Stimme für den gesamten Berufsstand zu sprechen.¹⁹⁵ Pflegende verfügen über spezielle Kompetenzen zur Berufsausübung, sind jedoch derzeit kaum an gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen zu Pflege Themen beteiligt. Ihre Stimme bleibt in der öffentlichen Auseinandersetzung ungehört. Dies entgegen dem allgemeinen Konsens, dass Mit- und Selbstbestimmung schützenswerte gesellschaftliche Normen darstellen. Pflegende dürfen derzeit bei Pflege Themen bzw. pflegerechtlichen Fragen nur beratend mitwirken, bleiben aber bei den Beschlüssen zur Qualitätssicherung des Gesundheitssystems ausgeschlossen. Pflegeinhalte und -leistungen werden gesetzlich von berufsfremden Akteuren determiniert. Gegenwärtig scheinen die Pflege und ihre Themen von Politik und Öffentlichkeit weder nach fachlichen noch inhaltlichen Kriterien bewertet zu werden; sondern bestenfalls nach ökonomischen Gesichtspunkten; nicht selten auch in amüsiert-sarkastischem Licht. Dies steht im unangemessenen Gegensatz zum Selbstverständnis einer Berufsgruppe, die tagtäglich in hoher Verantwortung für bedürftige menschliche Individuen fachlich qualifizierte Pflege- und Betreuungsleistungen erbringt. Und noch immer werden diese Leistungen lediglich zur Anzahl, keinesfalls aber zum individuellen Zustand und Pflegebedarf des Patienten in Bezug gestellt. Hier muss dringend eine

¹⁹³ Vgl. Mauritz, Marita et al.: (2015). In: Zukunft der Pflege. S.133

¹⁹⁴ Vgl. Mauritz, Marita, et al.: (2015); S. 135f

¹⁹⁵ Vgl. Mauritz, Marita, et al.: (2015); S. 135f

zeit- und situationsgerechte Anpassung erfolgen. Ein weiteres Argument für die Notwendigkeit eigenständiger Vertretung beruflicher Interessen.¹⁹⁶

Zurzeit haben wir in Deutschland zersplitterte Pflegeverbände, unterschiedliche Interessen von Krankenkassen und diversen Einrichtungen. Diese Aspekte erschweren sowohl die Weiterentwicklung der Professionalisierung in der Pflege, wie auch den erforderlichen Wandel des Rollenverständnisses.¹⁹⁷

Der DPR verfolgt das Ziel, die unterschiedlichen Pflegeorganisationen koordinierend zu steuern, um dadurch deren politisches Durchsetzungsvermögen zu erhöhen.¹⁹⁸ Er beschreibt dabei die Kernfragen der näheren Zukunft mit der Regelung des Nebeneinanders neuer und alter Qualifikationsabschlüsse, mit der Ausarbeitung einer abschlussorientierten Hierarchie und mit der Neugestaltung der Aufgabenkataloge im Bezug zur beruflichen Qualifikation. Ferner hält der DPR die Lenkung der Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen und der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen an den Schnittstellen der Pflege für zwingend erforderlich.¹⁹⁹

8. Fazit

Aus der vorliegenden Arbeit können wir unterschiedliche Aspekte, die auf die Rolle der Pflege Einfluss haben, ableiten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind nur mäßig ermutigend. Die Pflege steht vor großen Herausforderungen und braucht Zeit sich von den „alten Schablonen“ zu befreien.²⁰⁰ Um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, sollte die Politik mehr Mut zeigen, die generalistische Ausbildung zulassen und die Verankerung in den Hochschulen sicherstellen, so, wie die DPR dies vorschlägt. Der DBfK sieht die derzeitige Regelung des Berufszugangs als Übergangslösung. Nur so

¹⁹⁶ Vgl. Mauritz, Marita, et al.: (2015). In: Zukunft der Pflege. S. 135f

¹⁹⁷ Vgl. Klein, Ricarda et al.: (2012): In: Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. S. 183

¹⁹⁸ Vgl. Klein, Ricarda et al.: (2012); S. 183

¹⁹⁹ Vgl. Bollinger, Heinrich: (2005). In: Zukunft der Pflege. S. 22

²⁰⁰ Vgl. Hiemetzberger, Martina et al.: (2010). In: Berufsethik und Berufskunde. S. 151

können wir den demographischen Herausforderungen in der Bevölkerung gerecht werden.

Es muss anerkannt werden, wieviel Energie die Pionierinnen der Pflegewissenschaft trotz politischer und kultureller Schwierigkeiten aufgewandt haben, um unseren Beruf zukunftsgerichtet weiter zu entwickeln. Mit Hilfe der ausgewählten Literatur kam ich zu neuen Erkenntnissen, die mir persönlich Mut machen, nicht stehen zu bleiben, sondern weiter zu lernen und Kolleginnen, Kollegen zu überzeugen, dass Aus- und Weiterbildung für die Zukunft unseres Berufes eine entscheidende Rolle spielt und das deren Entwicklung letztlich in unseren Händen liegt. Der noch sehr geringe Anteil von Akademikern in der Pflege sollte uns nicht abschrecken, vielleicht aber zum Nachdenken bewegen darüber, wie wichtig die Akademisierung ist. Es ist daher bedeutend, sich weiterhin politisch zu engagieren und der Pflege eine Stimme in der Öffentlichkeit zu geben. Wichtig auch, Pflegewissenschaft und -forschung in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Nur die eigenen Professionalisierungsansprüche sind geeignet, uns aus der beruflichen Sackgasse zu befreien und uns die richtigen Hinweise und Wegbeschreibungen aufzuzeigen. Auch die Einrichtung von Pflegekammern könnte die Hoffnung auf Selbstverwaltung der Pflege erzeugen und uns an Prozessen beteiligen, die uns angehen. Pflegekammern würden mit der Stimme aller Pflegenden sprechen. Leider wird der Anspruch auf neues Rollenverständnis der Pflegenden zurzeit als alter Wein in neuen Schläuchen gesehen. Das heißt, Pflegenden haben noch immer die gleiche Rolle inne wie vor 100 Jahren. Es scheint, dass durch die Akademisierung der Pflege alte durch neue Schläuche ersetzt werden können. Ich tendiere dahin, sich zu äußern, dass wir durch die Akademisierung der Pflege, mit kleinen Schritten, jedoch beständig vorwärtsschreiten und damit die berufliche Rolle, wie auch das Rollenverständnis der Pflege positiv verändern. Deswegen würde ich dafür plädieren zu sagen, dass zwar neuer Wein mit zeitgemäßem Geschmack produziert wird, der aber leider immer noch in alten Schläuchen gelagert, vertrieben und genossen wird.

Bildungsangebote und Arbeitsmarkt stehen ebenfalls im Widerspruch zu den Zielen der Professionalisierung der Pflege. Die EU-Richtlinien sind im Hinblick auf die Zugangsvoraussetzungen in Deutschland nicht umgesetzt worden, dieser Umstand erhöht die Diskrepanz zwischen der Ausbildungsvoraussetzung und den Ausbildungszielen im europäischen Vergleich. Pflege ist ein vielfältiger Beruf. Professionalisierung durch Akademisierung würde das bereits jetzt breite Spektrum an Einsatzvarietäten um zusätzliche Qualifikationen und Tätigkeitsmerkmale interessant erweitern. Akademisierte Pflege böte weiterreichende Karriereoptionen, damit eine höhere Attraktivität der Pflege als Beruf und letztlich die Stabilisation der Mitarbeiterbindung. Nicht zu vergessen die Verantwortung des Berufsstandes gegenüber der Gesellschaft; Pflege wird in Zukunft eine zunehmende Bedeutung bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung erwerben.

Es liegt an uns, ein neues Selbstverständnis zu entwickeln. Professionalisierung bedeutet auch stetes Betreiben inhaltlicher und berufspolitischer Aktivitäten. Entsprechendes Engagement ist also unerlässlich; zahlreiche Interessengruppen im eigenen Berufsstand wollen positiv beeinflusst und überzeugt werden. Nicht zuletzt gilt es aber auch, lobbyistische Barrieren in Legislative und Exekutive abzubauen oder zumindest deren Einflussmöglichkeiten zu begrenzen.

Aus Kapitel: 3.3

„Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Berufsgruppe der Pflegenden zunehmend nur schwer selbst vertreten kann“.²⁰¹

²⁰¹ Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. S. 80

Literaturverzeichnis

Andree, Josef: Implementierung akademischer Pflegekräfte. Wie lassen sich akademische Pflegekräfte sinnvoll in der Pflegepraxis integrieren? In: Gesundheit und Pflege. Aus der Hochschule in die Praxis. Band 2, Logos Verlag Berlin GmbH, 2013.

Bartholomeyczik, Sabine: Arbeitssituation und Arbeitsbelastung bei Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1. Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Bartholomeyczik, Sabine: GBA und IQWiG definieren alles rein ärztlich. In: KMA. Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. 18.Jg., Mai 2013. Georg Thieme Verlag KG. S. 24-27

Bartholomeyczik, Sabine: Kurze Verweildauer im Krankenhaus-die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft 12.Jg., 2007, H.2, S. 135-149 <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfGe2007-2Bartho.pdf> [Zugriff: 15.04.2017]

Bartholomeyczik, Sabine: Pflegeforschung: Entwicklung und Perspektiven in deutschsprachigen Ländern. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1. Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Bartholomeyczik, Sabine: Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1. Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Becker, Stefanie: Demografische Herausforderungen. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten-Eine Führungsaufgabe. Springer-Verlag GmbH; Berlin Heidelberg, 2012.

Bibliomed Pflege. Das Portal für die Pflege.

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31836-generalistik-kommt-in-teilen/> [Zugriff: 14.04.2017]

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31902-westerfellhaus-entscheidend-sind-die-curricula/> [Zugriff: 21.05.2017]

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31901-pflegeausbildung-jetzt-kommt-es-auf-die-details-an/> [Zugriff: 21.05.2017]

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31950-pkms-nutzen-kommt-nicht-auf-stationen-an/> [Zugriff: 21.05.2017]

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31237-rotkreuzschwester-nutzen-kuenftig-als-leiharbeiter/> [Zugriff: 21.05.2017]

<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/31850-gemischte-reaktionen-auf-reformkompromiss/> [Zugriff: 21.05.2017]

Bienstein, Christel: Es braucht Geduld, Engagement und Mitstreiter-Entwicklung einer neuen Wissenschaftsdisziplin. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1.Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Bollinger, Heinrich: Profession-Dienst-Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger, Heinrich, Gerlach, Anke, Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 2005 Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Bögemann-Großheim, Ellen: Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, 9. Jahrgang (3) August 2004. S. 100-107

[http://www.dg-](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/archives/category/pdf/PfleGeBoegemannGrossheim0304.pdf)

[pflegewissenschaft.de/2011DGP/archives/category/pdf/PfleGeBoegemannGrossheim0304.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/archives/category/pdf/PfleGeBoegemannGrossheim0304.pdf) [Zugriff: 14.04.2017]

Braun, Bernard: Wunsch nach Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft. Heft 4. 16. Jg., 2011.

Buresh, Bernice, Gordon, Suzanne (2000): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. In: Zegelin, Angelika, Büscher, Andreas (Hrsg.): Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet von March, Britta. 1. Auflage 2006. Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern.

Cassier-Woidaky, Anne-Kathrin: Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, 2013, S. 163-184 [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band47_Kapitel10_Cassier-Woidasky.pdf)

[content/uploads/2013/03/JKMG_Band47_Kapitel10_Cassier-Woidasky.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band47_Kapitel10_Cassier-Woidasky.pdf) [Zugriff: 14.04.2017]

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011) <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/08/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-Nov..2011-1.pdf> [Zugriff: 10.04.2017]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Position der BAG Pflegeunternehmer des DBfK zu Pflegekammern. (2015)

<https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BAG-Pflegeunternehmer-zu-Pflegekammern-2015-11-19.pdf> [Zugriff: 18.04.2017]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, ÖGKV und SBK zu ANP, 2013. Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf [Zugriff: 06.05.2017]

Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe. (2013): Positionspapier Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 1993-2013. http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/2013-10-DBR_1993-2013_Position_final.pdf. [Zugriff: 04.04.2017]

Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin, 2016.

Deutscher Pflegerat. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegepolitik/wahlpruefsteine/Wahlpruefstein4.php> [Zugriff: 23.04.2017]

<http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/1761.php> [Zugriff: 25.04.2017]

Deutscher Pflegerat e.V. (ohne Jahr): Im Fokus. Pflegekammern in Deutschland. <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/Fokuspapiere/Pflegekammern.pdf>. [Zugriff: 21.05.2017]

Deutscher Pflegerat. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. (2014): Arbeitsfelder akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen. http://www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2014-12-09_PP_dpr_dgp_arbeitsfelder-akademisch-ausgebildeter-pflegefachpersonen_08-14.pdf [Zugriff: 27.04.2017]

Ecker, Christine: Geleitwort Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband. In: Buresh, Bernice, Gordon, Suzanne (2000): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegenden wie öffentlich kommunizieren müssen. In: Zegelin, Angelika, Büscher, Andreas (Hrsg.): Deutschsprachige Ausgabe bearbeitet von March, Britta. 1. Auflage 2006. Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern.

Feuchtinger, Johanna: Akademisierung der Pflege. ANP-Studiert und doch nah an der Praxis. In: Heilberufe/Das Pflegemagazin. 2016; 68 (6).

Fleischmann, Nina: Betrachtungen zum derzeitigen Stand der Professionalisierung der beruflichen Pflege. Pflege als Profession? In: Intensiv 2009;17. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2009. S. 168-176.

Friedrich, Anne (2015): Akademisierung der Pflege. Eine Bereicherung für jedes Team. In: kma. Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. 20.Jg., Juni 2015. Georg Thieme Verlag KG.

Friedrich, Anne, Schaub, Heinz-Alex: Akademisierung der Gesundheitsberufe-Bilanz und Zukunftsperspektive. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2011; 28(4). S.1-13.

<http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2011-28/zma000762.pdf>

[Zugriff: 21.04.2017]

Gaidys, Uta: Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung- Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Pflege 2011; 24(1): S. 15-20. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG; Bern 2011.

Geissler, Birgit: Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft. 2013. In: Pasternack; Peer (Hrg.) Die Hochschule. Journal für Wissenschaft und Bildung. Halle-Wittenberg. 1/2013. S. 19-32 http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/13_1/Geissler.pdf [Zugriff: 18.04.2017]

Gemeinsamer Bundesausschuss (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf.

[Zugriff: 10.04.2017]

Grewe Anette, Stahl, Sigrid: Zukunft aus der Geschichte? Die Beharrlichkeit einer Professionalisierungsidee als konstitutives Element von Hochschulbildungskonzepten für die Pflege. In: Bollinger, Heinrich, Gerlach, Anke, Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 2005 Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Hämel, Kerstin, Schaeffer, Doris: Schwerpunkt: Rolle der Pflege in der Primärversorgung- internationale Erfahrungen. 2017. http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/editorial_p+g_1.2017.pdf [Zugriff: 11.04.2017]

Heffels, Wolfgang (2016/17): Ethik, Vorlesung im Bachelor-Studiengang „Pflegewissenschaft“ an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln

Hiemetzberger, Martina, Messner, Irene, Dorfmeister, Michaela: Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. 2., aktualisierte Auflage. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2010.

Heinrich, Peter: Schluss mit „Schwesterchen“? Anrede und Rollenverständnis in der Pflege. In: Heilberufe 2000, Band 52, Heft 7. S. 12-14

Hofmann, Irmgard: Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. In: Forum 201; 28: S. 99-106, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, 2013.

Höhmnn, Ulrike: Die Akademisierung der Pflege: Vom Bohren dicker Bretter. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1.Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Höppner, Karin: Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: Böcken, Jan, Braun, Bernard, Amhof, Robert (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung

und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung 2008. S. 251-269
http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200813-Beitrag.pdf
[Zugriff: 25.04.2017]

ICN-Ethikkodex für Pflegende.
<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf> [Zugriff:13.04.2017]

Isfort, Michael: Wissen & Tun. In: Pflege Aktuell, Mai 2003.
https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Lehrende/Koeln/Isfort/doc/Isort_Wissen_und_Tun_Professionalitaet_1_DBfK.pdf [Zugriff:13.04.2017]

Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf [Zugriff: 15.04.2017]

Kälble, Karl: Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: Bollinger, Heinrich, Gerlach, Anke, Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 2005 Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Klein, Ricarda, Jahn, Patric, Lemke, Andrea, Marintschev, Daniela, Wittrich, Anke: DRG und Pflege-Ein Komplexkode für hochaufwendige Pflege. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten-Eine Führungsaufgabe. Springer-Verlag GmbH; Berlin Heidelberg, 2012.

Koch-Straube, Ursula: Beratung in der Pflege. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, 2008.

Luhman, Niklas: Einführung in die Systemtheorie. In: Baecker, Dirk (Hrsg.). 1., Auflage. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg, 2002.

Mamerow, Ruth: Praxisanleitung in der Pflege. 4., aktualisierte Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013.

Mauritz, Marita, Kistler, Anja, Drube, Patricia, Zieger, Burkhard: Selbstverwaltung der Pflege. Emanzipation einer Berufsgruppe. In: Zängl, Peter (Hrsg.) Zukunft der Pflege. 20 Jahren Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2015.

Moses, Simone: Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. 1., Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2015.

Müller, Elke: „Eigentlich haben wir fast immer Pflegenotstand“ – zur Geschichte der Arbeitsbedingungen in der Pflege. In: Palm, Rebecca, Dichter, Martin (Hrsg.): Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik. 1.Auflage 2013. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Panke-Kochinke, Birgit: Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch. **2.Auflage 2001**. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main, **2001**.
Robert-Bosch-Stiftung. Sonderdruck. Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. 1. Nachdruck 2001. Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart 2000.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung-Perspektive für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [Zugriff: 05.05.2017]

Schäfer, Wolfgang, Jacobs, Peter: Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für stationäre und ambulante Pflege. **3., vollständig überarbeitete Auflage**. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2009.

Schäfers, Bernhard: Einführung in die Soziologie. **2., aktualisierte und verbesserte Auflage**. Springer Fachmedien, Wiesbaden GmbH, 2016.

Schulte-Sasse, Hermann: Im Gespräch mit der Politik. Drei Fragen an die politischen Vertretungen der Mitgliedsländer des NDZ. In: Zängl, Peter (Hrsg.). Zukunft der Pflege. 20 Jahren Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2015.

Schmeer, Regina, Kocks, Andreas: Akademisch ausgebildete Pflegenden im Pflegedienst der Universitätskliniken. In: VPU (2017); S. 4 Online: <http://www.vpu-online.de/de/pdf/VPU-NL-012017-170216-Web.pdf> [Zugriff: 14.05.2017]

Sozialgesetzbuch: Bücher I-XII. **39., neu bearbeitete Auflage**. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH&Co.KG, München, 2010.

Statistisches Bundesamt, 2015: Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden 2016.

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Kranke_nhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640157004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff:13.04.2017]

Stemmer, Renate: Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. In: Pflege § Gesellschaft. Heft 4. 16.Jg., 2011.

Szepan, Nadine-Michele: Schlusslicht Deutschland? Der steinige Weg zur Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten-Eine Führungsaufgabe. Springer-Verlag GmbH; Berlin Heidelberg, 2012.

Teuscher, Micha (Hrsg.), Berg, Neeltje, Stenzel, Ulrike, Radicke, Franziska, Hoffmann, Wolfgang, Giseler, Vanessa, Fleßa, Steffen, Buchholz, Maresa, Oppermann, Roman. Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg: Reihe G, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management; Band 23. Neubrandenburg im Mai 2015.

Tewes, Renate: Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. 2. aktualisierte Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009, 2011.

Thiele, Günter: Entwicklung der Gesundheitsausgaben für pflegerische Leistungen von 1990 bis 1997 unter besonderer Berücksichtigung der Beschäftigungsentwicklung und der Krankenhausfinanzierung. In: Geißner, Ursula (Hrsg.). Der Weg zur Akademisierung der Pflege-Zwischenstation-Wissenschaftliches Symposium. Band 1. Förderkreis der Freiburger Pflegestudiengänge 2000.

VPU (Hrsg.): Leitfaden. Implementierung von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss im Krankenhaus. August 2016

Wagner, Jan: Pflege nimmt Einfluss auf die Erlöse und damit auf die Qualität: PKMS und pflegerelevante Nebendiagnosen. In: Fehlberg, Heike, Glenz, Corinna, Meier-Hellmann, Andreas, Berger, Manuel (Hrsg.): Blickwechsel in der Pflege. Vom ärztlichen Erfüllungsgehilfen zum Patientenmanager. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, Berlin, 2016.

Waltermann, Raimund: Sozialrecht. 9., neu bearbeitete Auflage. Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH. Beltz Druckpartner, Hemsbach, 2011.

Weidner, Frank: Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe-Annäherung an einen strapazierten Begriff? In: Sauter, Dorothea, Richter, Dirk.: Experten für den Alltag, Bonn 1999, S.18-39.

Wermke, Mattias, Kunzel-Razum, Kathrin, Scholze-Stubenrecht, Werner: Duden. Die deutsche Rechtschreibung. 22., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Bibliographisches Institut & E.A. Brockhaus AG, Mannheim, 2000.

Weskamm, Andrea: Das Bestmögliche für den Patienten herausholen. In: Die Schwester. Der Pfleger. 56. Jg., März 2017, S.40-43.

Wolff, Horst-Peter, Wolff, Jutta: Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichten. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2008.

Eigenständigkeitserklärung

ffffffffffffffff